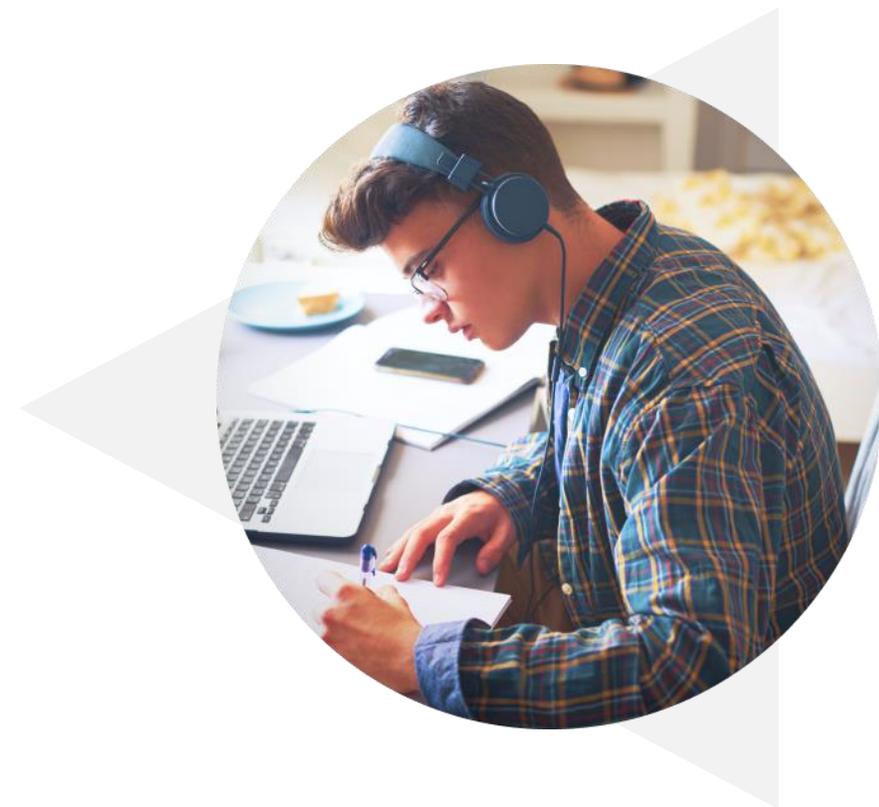


Лекция № 17 – 18 ЛОР болезни.

**Методики исследования носа и
придаточных пазух. Заболевания носа и
пазух.**



 Кафедра внутренних болезней
Дисциплина пропедевтика клинических
дисциплин

Цель и задачи дисциплины



Цель изучения дисциплины «Пропедевтика клинических дисциплин» - формирование важных профессиональных навыков обследования больного с применением клинических и наиболее распространенных инструментально-лабораторных методов исследования; выявление симптомов и синдромов как основ клинического мышления, характеризующих морфологические изменения органов и функциональные нарушения отдельных систем в целом.

Задачи дисциплины:

- приобретение студентами знаний основных клинических симптомов и синдромов заболеваний внутренних органов и механизмов их возникновения;

обучение студентов методам непосредственного исследования больного (расспроса, осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации), обеспечивающими формирование профессиональных навыков обследования больного;

- обучение студентов важнейшим методам лабораторной и инструментальной диагностики заболеваний внутренних органов;

- формирование представлений об основных принципах диагностического процесса

- обучение студентов оформлению медицинской документации (истории болезни)



ЛОР - оториноларингология, область медицины, изучающая строение и функционирование уха, горла и носа.

Otos (ухо)

Rhinos (нос).

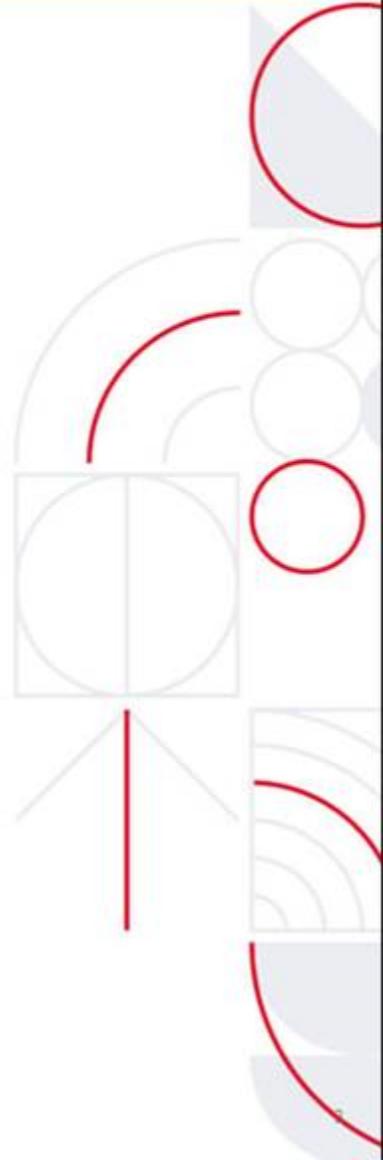
Larynx (гортань)





План лекции

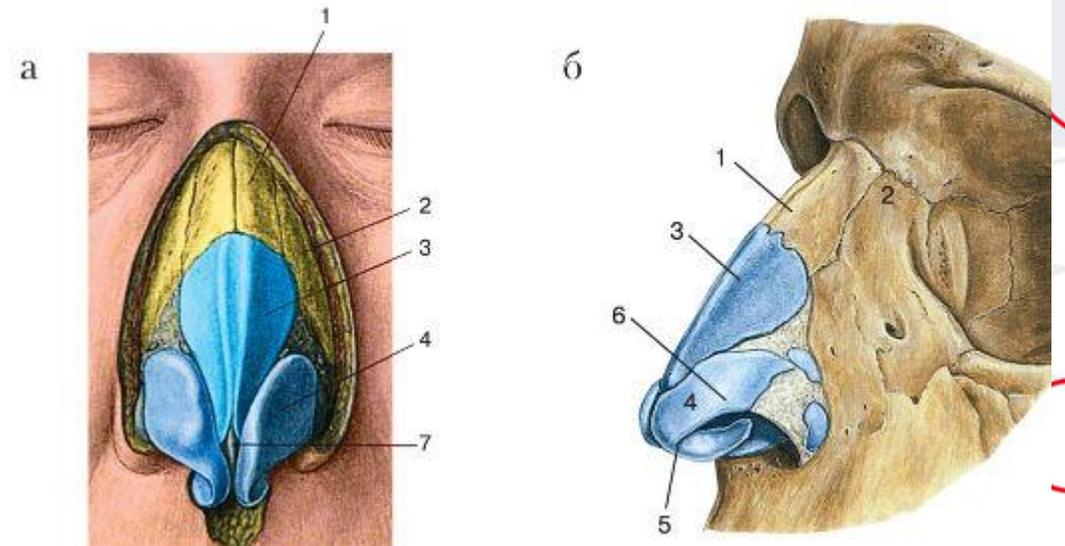
1. Клиническая анатомия носа и придаточных пазух.
2. Методы исследования носа и придаточных пазух.
3. Острые и хронические синуситы.
4. Острый и хронический гайморит.
5. Острый и хронический фронтит.
6. Острый и хронический этмоидит.
7. Острый и хронический сфеноидит.
8. Риногенные внутричерепные и орбитальные осложнения.
9. Травмы носа
10. Носовое кровотечение – причины, клинические проявления.





Топография наружного носа

Наружный нос сверху образован носовыми косточками, определяющими форму этой его части. Боковые отделы образованы лобными отростками верхней челюсти и хрящами, причем латеральные хрящи выполняют верхний угол грушевидного отверстия и соединяются с носовой перегородкой, расположенной в сагиттальной плоскости. Разрушение хрящевой носовой перегородки приводит к деформации носа (седловидный нос).



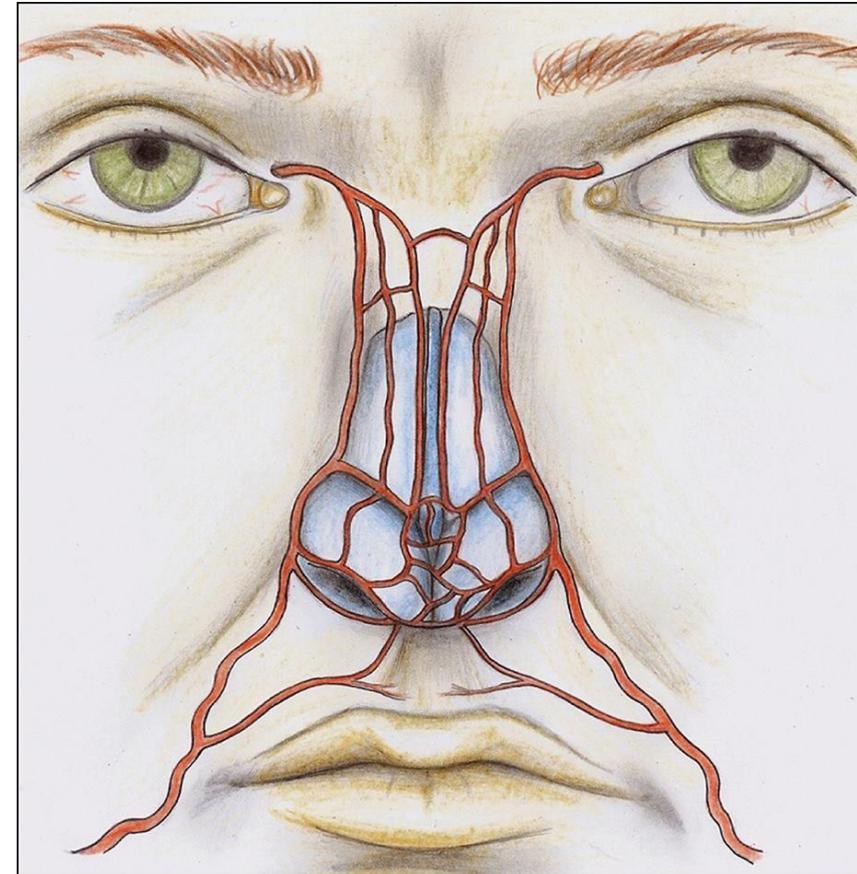
1 - носовые кости; 2 - лобные отростки верхней челюсти; 3 - латеральные хрящи носа; 4 - большой хрящ крыла; 5 - медиальная ножка; 6 - латеральная ножка; 7 - хрящ перегородки носа



Кровоснабжение носа

1. Угловая артерия - из передней лицевой артерии
2. Дорсальная артерия носа являющаяся концевой ветвью глазничной артерии - из системы внутренней сонной артерии.

Соединяясь между собой в области корня наружного носа, угловая артерия и артерия спинки носа образуют анастомоз между системами внутренней и наружной сонных артерий.

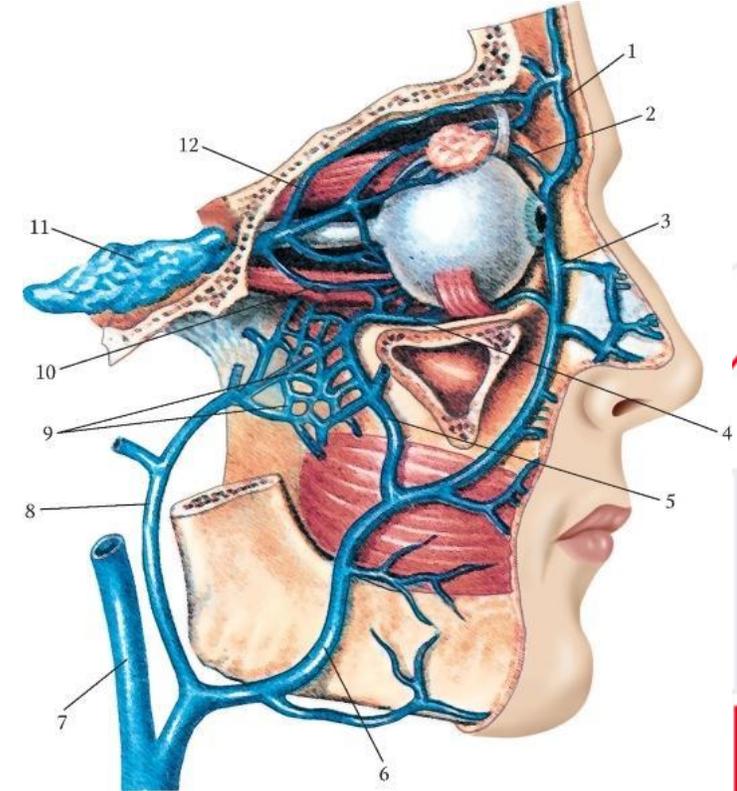




Вены носа

Отток крови от мягких тканей наружного носа осуществляется в лицевую вену. Затем лицевая вена впадает во внутреннюю яремную вену. Важным в клиническом отношении является тот факт, что угловая вена сообщается также с верхней глазной веной, которая впадает в пещеристый синус. Это делает возможным распространение инфекции из воспалительных очагов наружного носа в пещеристый синус и развитие тяжелейших орбитальных и внутричерепных осложнений.

Лимфоотток из наружного носа осуществляется в подчелюстные и околоушные лимфатические узлы.



- 2 - анастомоз между верхней глазной веной и угловой веной;
- 3 - угловая вена;
- 6 - лицевая вена;
- 11 - пещеристый синус;

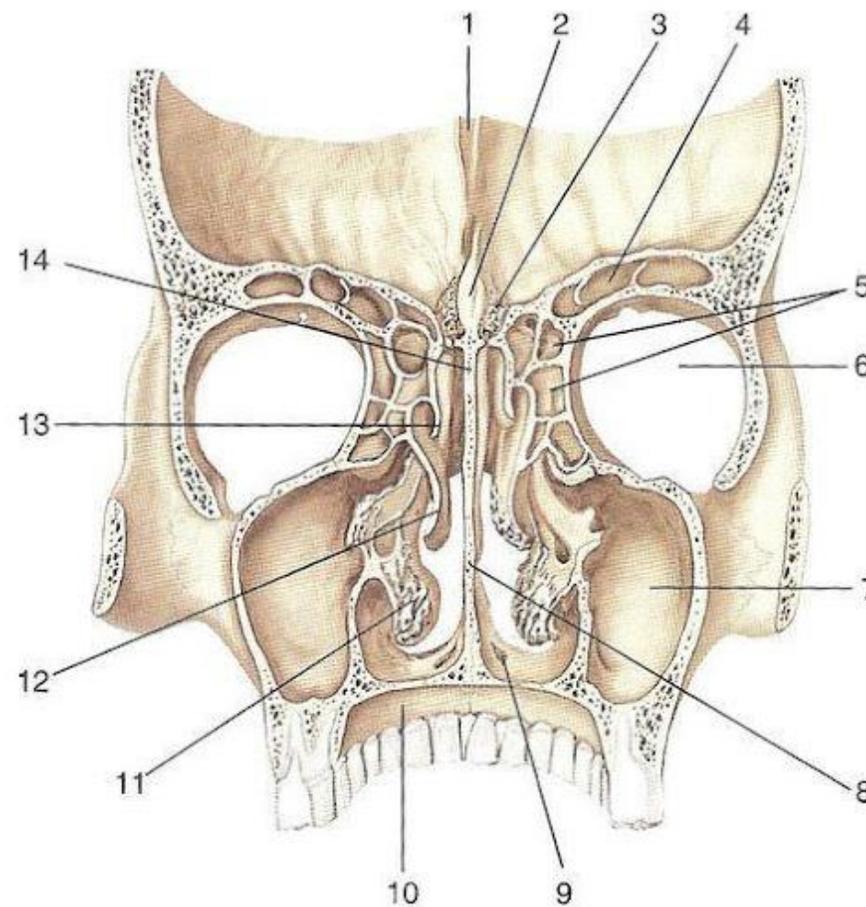


Полость носа

Полость носа (cavum nasi) располагается между полостью рта (снизу), передней черепной ямкой (сверху) и глазницами (латерально). Она разделена перегородкой носа на две идентичные половины, спереди посредством ноздрей сообщается с внешней средой, кзади посредством двух хоан - с носоглоткой.

Каждая половина носа окружена четырьмя околоносовыми пазухами - верхнечелюстной (гайморовой),

решетчатymi, лобной и клиновидной





Стенки полости носа

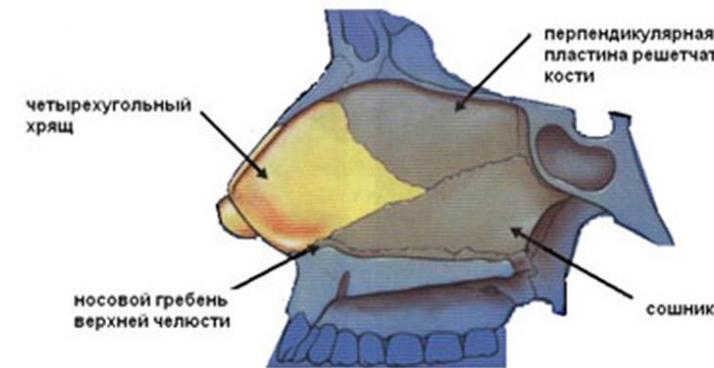
Верхняя стенка в переднем отделе образована носовыми костями, в средних отделах - решетчатой (продырявленной пластинкой решетчатой кости, выходит обонятельные нервы), в заднем отделе - передней стенкой клиновидной пазухи.

Нижняя стенка образована небными костями и небными отростками верхней челюсти

Медиальная или перегородка носа, состоит из переднего хрящевого и заднего костного отделов.

Латеральная стенка образована лобным отростком и медиальной стенкой верхней челюсти, слезной костью, решетчатыми ячейками. В задних отделах участвуют перпендикулярная пластинка небной кости и медиальная

пластинка крыловидного отростка клиновидной кости, которые образуют



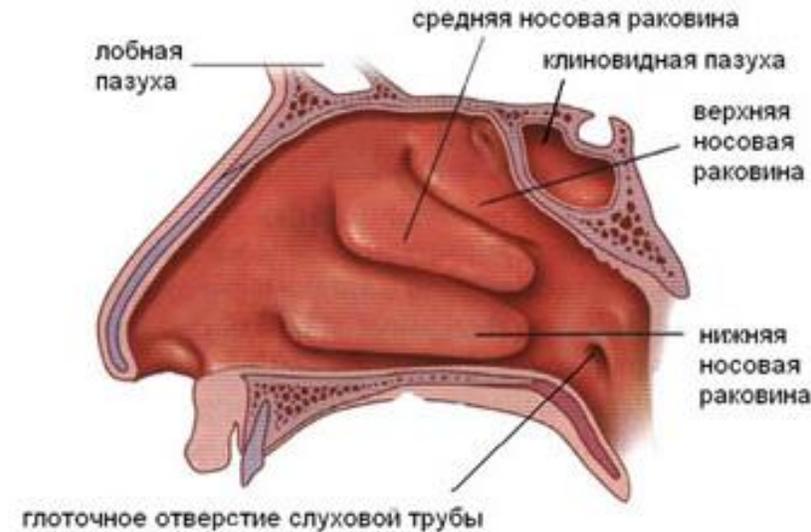


Носовые ходы

На латеральной стенке в виде горизонтальных пластинок располагаются три носовые раковины нижняя, средняя и верхняя. Нижняя носовая раковина, наиболее крупная по размеру, является самостоятельной костью, средняя и верхняя раковины образованы решетчатой костью.

Все носовые раковины, прикрепляясь к латеральной стенке полости носа в виде продолговатых уплощенных образований, формируют под собой соответственно нижний, средний и верхний носовые ходы.

Между перегородкой носа и носовыми раковинами также образуется свободное пространство в виде щели, оно распространяется от дна полости носа до свода и называется общим носовым ходом.

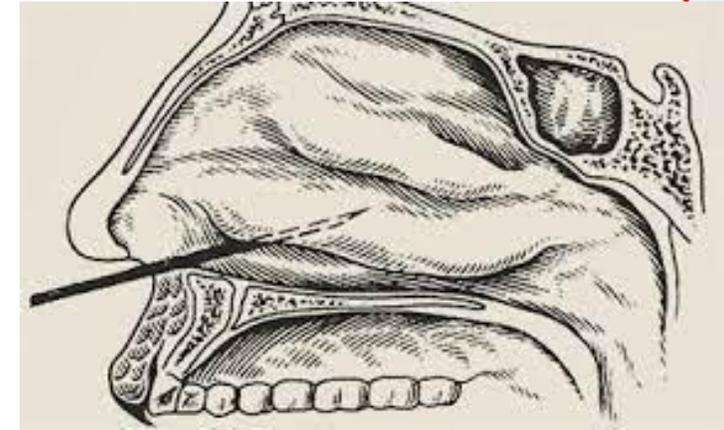




Носовые ходы

Нижний носовой ход находится между нижней носовой раковиной и дном полости носа. В области его свода, на расстоянии около 1 см от переднего конца раковины находится выводное отверстие носослезного протока. Оно образуется после рождения, задержка его открытия нарушает отток слез, что ведет к кистозному расширению протока и сужению носовых ходов.

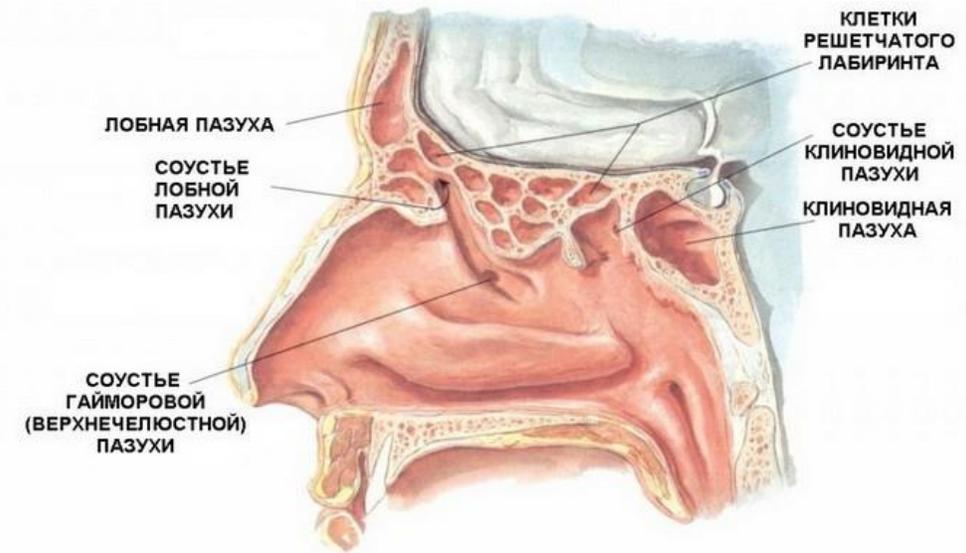
Латеральная стенка нижнего носового хода в нижних отделах толстая (имеет губчатое строение), ближе к месту прикрепления нижней носовой раковины значительно истончается, в связи с чем пункцию верхнечелюстной пазухи легче всего производить именно в этом месте, сделав отступ примерно на 1,5 см от переднего конца раковины.





Носовые ходы

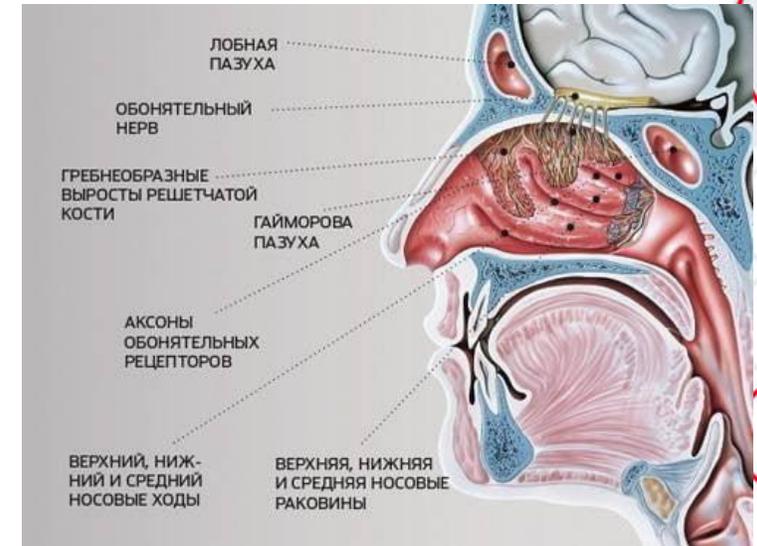
Средний носовой ход располагается между нижней и средней носовыми раковинами. Под носовой раковиной, находится щель которая в задней части образует небольшое расширение в виде воронки, куда кпереди и кверху открывается *выводной канал лобной пазухи*, а кзади и книзу - *естественное соустье верхнечелюстной пазухи*. В щель открываются *передние и средние клетки решетчатого лабиринта*. Естественное соустье верхнечелюстной пазухи прикрыто крючковидным отростком, поэтому выводные отверстия пазух, как правило, не удастся увидеть при риноскопии.





Носовые ходы

Верхний носовой ход распространяется от средней носовой раковины до свода носа. На уровне заднего конца верхней раковины в верхнем носовом ходе располагается клиновидно-решетчатое углубление куда открываются *клиновидная пазуха и задние ячейки решетчатого лабиринта*. Полость носа и околоносовые пазухи выстланы слизистой оболочкой. Исключением является преддверие полости носа, которое покрыто кожей, содержащей волосы и сальные железы. Слизистая оболочка полости носа не имеет подслизистой основы, которая отсутствует в дыхательном тракте. слизистая оболочка плотно спаяна с надхрящницей и надкостницей, поэтому отсепаровка ее во время операции производится вместе с ними.

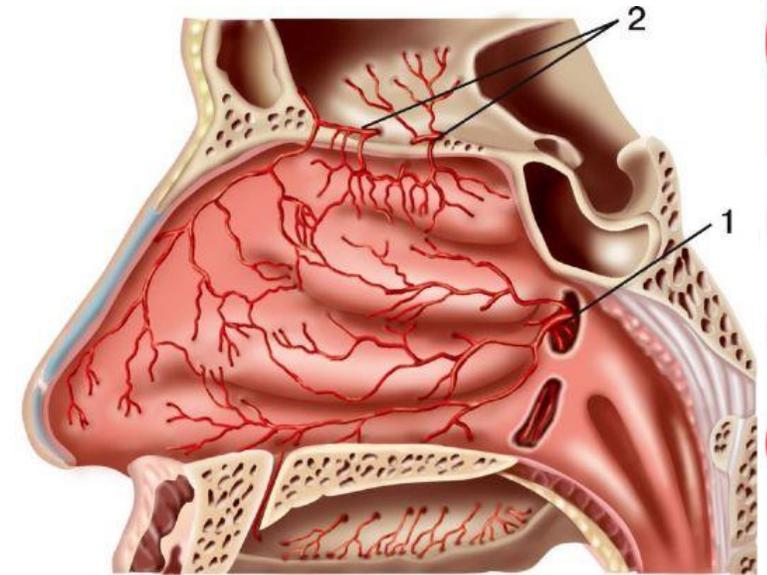




Кровоснабжение полости носа

Передневерхние отделы полости носа и область решетчатого лабиринта кровоснабжаются глазной артерией (a. ophthalmica) из системы внутренней сонной артерии (2)

Наиболее крупная артерия носовой полости - клиновидно-нёбная (a. sphenopalatine) ветвь верхнечелюстной артерии из системы наружной сонной артерии. Проходя через клиновидно-нёбное отверстие вблизи заднего конца нижней носовой раковины, она *обеспечивает кровоснабжение задних отделов полости носа и околоносовых пазух (1).*



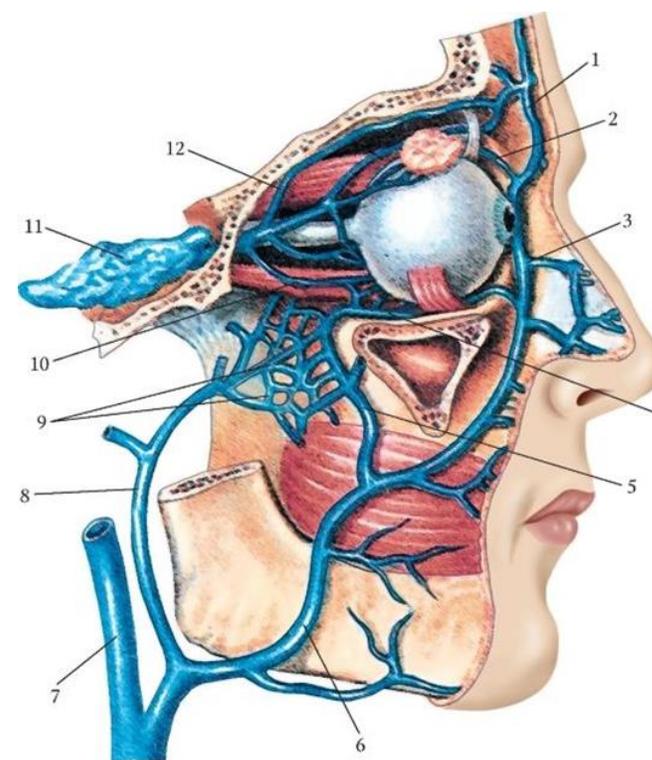
Особенностью васкуляризации перегородки носа является образование густой сосудистой сети в слизистой оболочке в передней ее трети - киссельбахово место. Здесь слизистая оболочка нередко истончена. В этом месте чаще, чем в других отделах перегородки носа, бывают носовые кровотечения, поэтому оно получило название кровотоочивой зоны носа.



Венозный отток из полости носа

Особенностью венозного оттока из полости носа является его связь с венами крыловидного сплетения и далее пещеристого синуса, располагающегося в передней черепной ямке. Это создает возможность распространения инфекции по указанным путям и возникновения риногенных и орбитальных внутричерепных осложнений.

Отток лимфы из передних отделов носа он осуществляется в поднижнечелюстные, из средних и задних отделов - в заглоточные и глубокие шейные лимфатические узлы. Возникновение ангины после операции в полости носа можно объяснить вовлечением в воспалительный процесс глубоких шейных лимфатических узлов, что приводит к застою лимфы в миндалинах. Кроме того, лимфатические сосуды полости носа сообщаются с субдуральным и подпаутинным пространством. Этим объясняется возможность возникновения менингита при оперативных вмешательствах в полости носа.

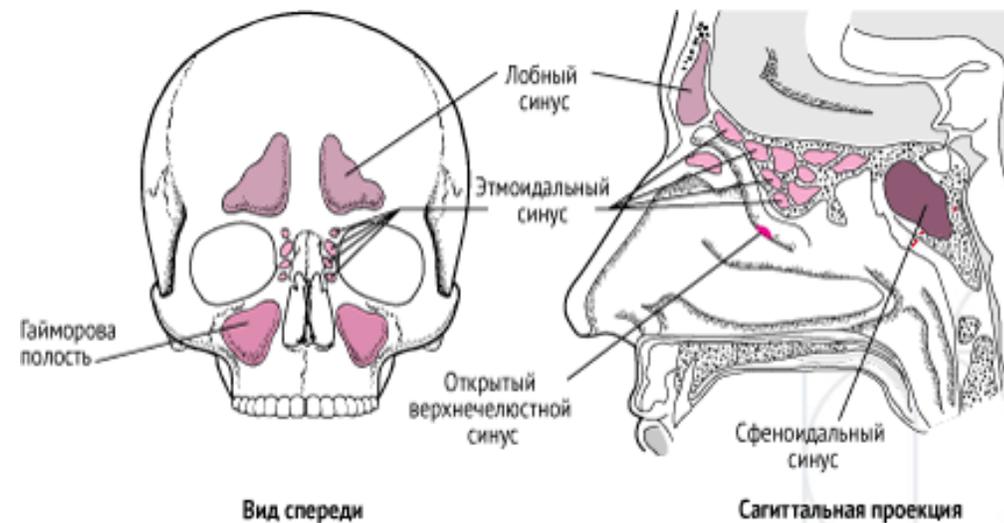


4 - анастомоз между нижней глазной веной, крыловидным сплетением и лицевой веной; 5 - анастомоз между крыловидным сплетением и лицевой веной; 6 - лицевая вена; 9 - крыловидное сплетение; 11 - пещеристый синус;



Клиническая анатомия околоносовых пазух

В клинической практике околоносовые пазухи подразделяют на передние (верхнечелюстные, лобные, передние и средние пазухи решетчатой кости) и задние (клиновидные и задние пазухи решетчатой кости). Такое подразделение удобно тем, что патология передних пазух несколько отличается от таковой задних пазух. В частности, сообщение с полостью носа передних пазух осуществляется через средний, а задних - через верхний носовой ход, что важно в диагностическом плане. Заболевания задних пазух (особенно клиновидных) встречаются значительно реже, чем передних.





Верхнечелюстная околоносовая пазуха

Медиальная (носовая) стенка пазухи соответствует большей части нижнего и среднего носовых ходов. В переднем отделе среднего носового хода, в полулунной щели, имеется отверстие, соединяющее пазуху с полостью носа.

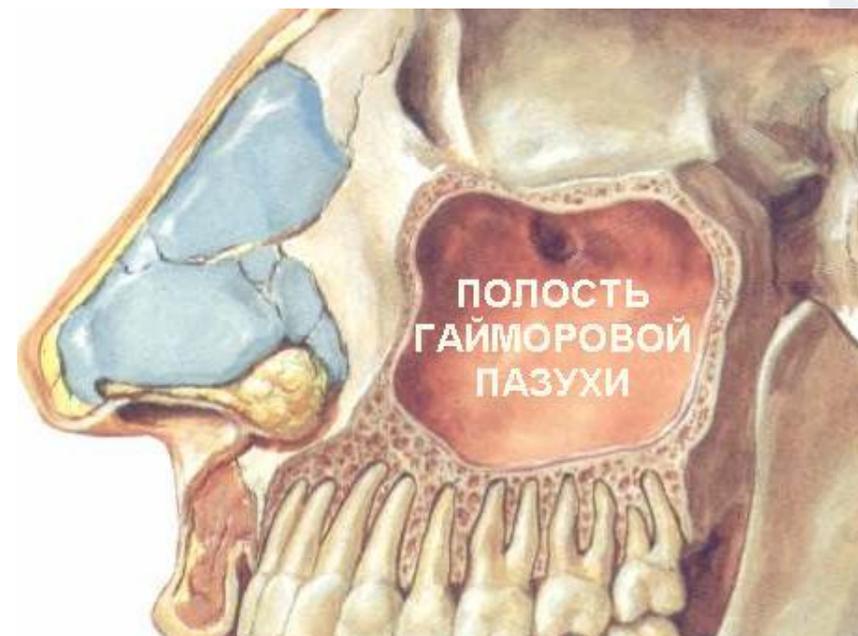
Передняя, или лицевая, стенка простирается от нижнего края глазницы до альвеолярного отростка верхней челюсти.

Задняя стенка соответствует бугру верхней челюсти и своей задней поверхностью обращена в крылонёбную ямку, где расположены верхнечелюстной нерв, крылонёбный узел, верхнечелюстная артерия, крылонёбное венозное сплетение.

Верхняя, или глазничная стенка, является наиболее тонкой, особенно в заднем отделе. Наличие венозного сплетения, связанного с глазницей пещеристым синусом твердой мозговой оболочки, может способствовать переходу процесса в эти области и развитию грозных осложнений, таких как тромбоз пещеристого синуса, флегмона орбиты.

Нижней стенкой, или дном пазухи, является альвеолярный отросток верхней челюсти.

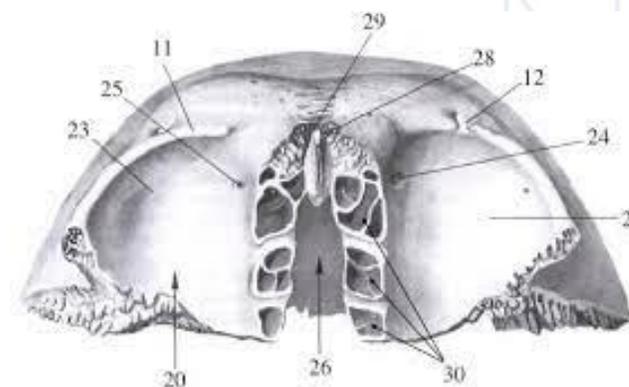
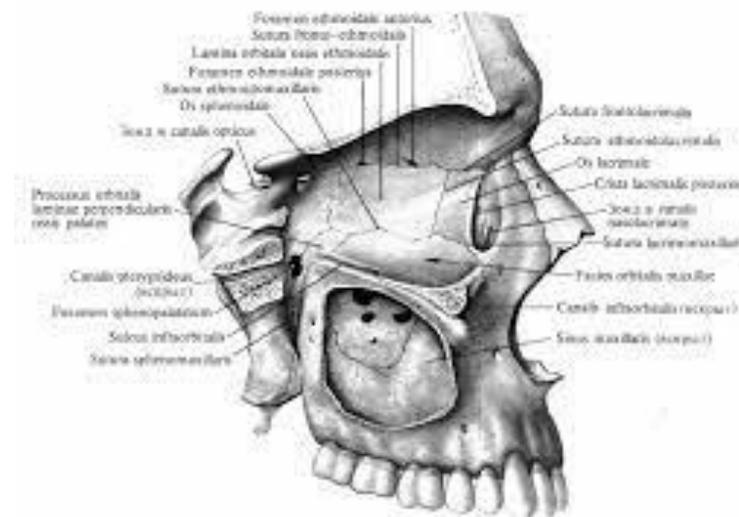
При увеличении объема верхнечелюстной пазухи и опускании ее дна в сторону альвеолярного отростка нередко наблюдается выстояние в пазуху корней зубов, что





Пазухи решетчатой кости

Количество, объем и расположение решетчатых ячеек подвержены значительным вариациям, но в среднем с каждой стороны их бывает 8-10. Решетчатый лабиринт представляет собой единую решетчатую кость, которая граничит с лобной (вверху), клиновидной (сзади) и верхнечелюстной (латерально) пазухами. Ячейки решетчатого лабиринта латерально граничат с орбитой.. Медиальная стенка решетчатого лабиринта является одновременно латеральной стенкой полости носа выше нижней носовой раковины. (переход патологических процессов в глазницу, полость черепа, на зрительный нерв).





Лобные пазухи

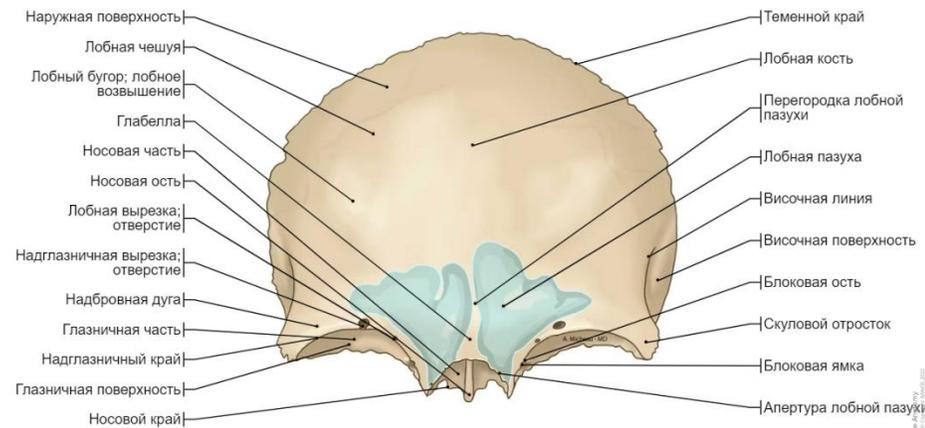
Нижняя (глазничная) стенка в большей своей части является верхней стенкой глазницы и на небольшом протяжении граничит с ячейками решетчатого лабиринта и полостью носа.

Передняя (лицевая) стенка является наиболее толстой (до 5-8 мм).

Задняя (мозговая) стенка граничит с передней черепной ямкой, она тонкая, но весьма прочная, состоит из компактной кости.

Медиальная стенка (перегородка лобных пазух) в нижнем отделе обычно располагается по средней линии, а кверху может отклоняться в стороны.

На нижней стенке пазухи, кпереди у перегородки, находится
Кафедра внутренних болезней | дисциплина пропедевтика клинических дисциплин
отверстие канала лобной пазухи, с помощью которого пазуха





Клиновидные пазухи

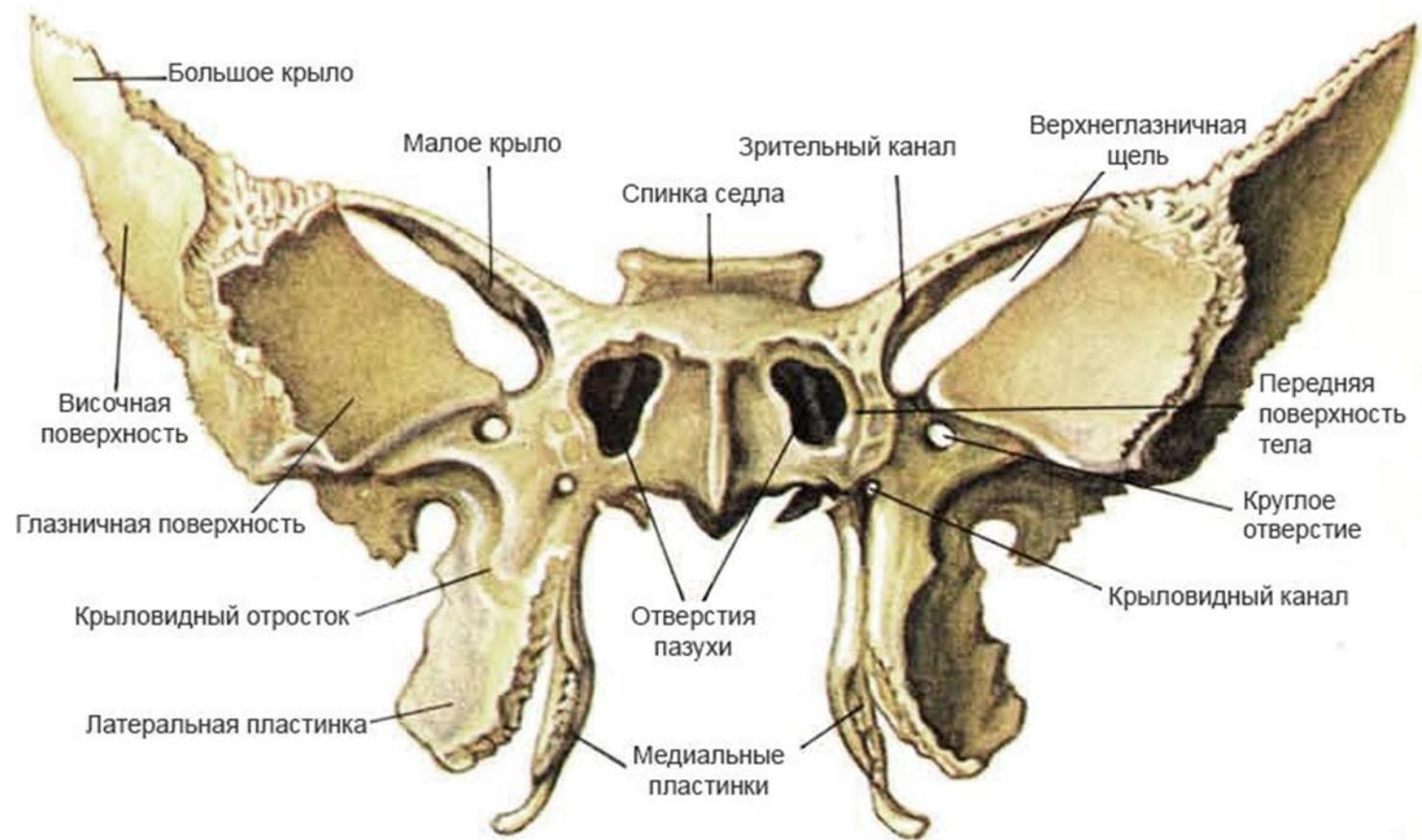
Располагаются в теле клиновидной кости. Величина пазух весьма переменна (3-4 см³). Пазуха имеет 4 стенки.

Нижняя стенка пазухи частично составляет свод носоглотки, а частично крышу полости носа. Эта стенка обычно состоит из губчатой ткани и имеет значительную толщину.

Верхняя стенка представлена нижней поверхностью турецкого седла, к этой стенке сверху прилежит гипофиз и часть лобной доли головного мозга с обонятельными извилинами.

Задняя стенка наиболее толстая и переходит в базилярную часть затылочной кости.

Латеральная стенка чаще всего тонкая (1-2 мм), с ней граничат внутренняя сонная артерия и пещеристый синус, здесь проходят глазодвигательный, первая ветвь тройничного, блоковый и отводящий нервы.





Методы обследования уха





Наружный осмотр

При наружном осмотре обращается внимание на изменения формы наружного носа, области проекции на лицо стенок лобных и верхнечелюстных пазух. Проводится пальпация регионарных лимфоузлов, передних и нижних стенок лобных пазух, мест выхода I и II ветвей тройничного нерва, передних стенок верхнечелюстных пазух.

Носовое дыхание исследуется с помощью пробы с ваткой, позволяющей оценить его как свободное или затрудненное (затруднен вдох или выдох).

Для осмотра преддверия носа I пальцем правой руки приподнимают кончик носа. Такой прием нередко используют при осмотре маленьких детей, которые из-за боязни не позволяют вводить в нос инструмент. В норме преддверие полости носа свободное, стенки его покрыты волосами.

Передняя риноскопия

Передняя риноскопия проводится поочередно одной и другой половин носа, используется носовой расширитель, позволяющий приподнимать крылья носа и таким образом делать полость носа доступной для освещения и осмотра.

Размер носового расширителя зависит от возраста больного. В раннем детском возрасте для осмотра полости носа удобно применять ушную воронку.

На раскрытую ладонь левой руки помещают носовой расширитель клювом вниз: I палец левой руки кладут сверху на винт носорасширителя, II и III пальцы – снаружи на браншу; IV и V должны находиться между браншами носорасширителя. Такое расположение пальцев дает возможность раскрывать и закрывать носорасширитель. Локоть левой руки опущен, кисть руки должна быть подвижна; ладонь правой руки кладут на темя обследуемого, чтобы придавать голове нужное положение во время исследования.





Передняя риноскопия

Полость носа осматривают по отделам, изменяя положение головы.

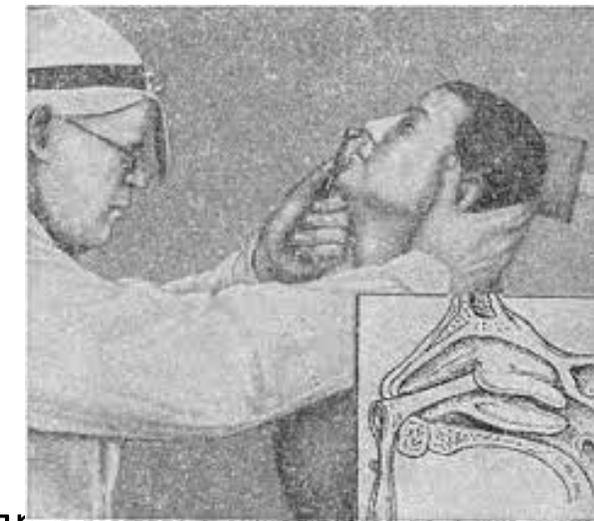
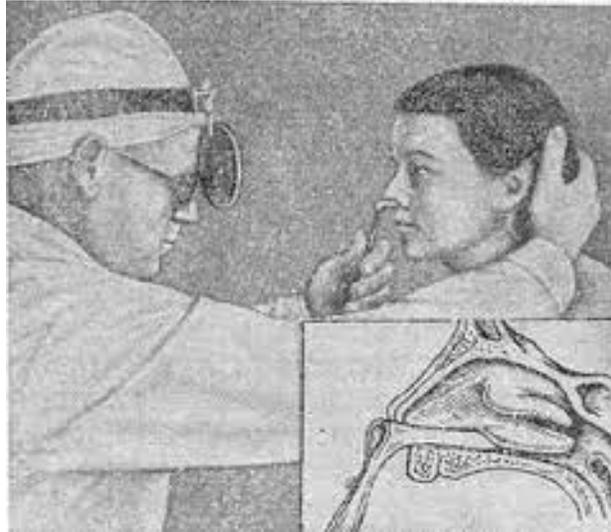
Первая позиция – прямое положение головы или голова слегка наклонена кпереди. При этом лучше видны передние отделы нижнего носового хода и дно полости носа.

Вторая позиция – голова умеренно запрокинута кзади; в таком положении лучше видны верхние отделы полости носа. Наклоны головы обследуемого врач осуществляет правой рукой, находящейся на его темени.

При первой позиции осматривают дно полости носа, передний конец нижней носовой раковины, нижний носовой ход, передненижние отделы перегородки носа, где располагается зона Киссельбаха. В норме цвет слизистой оболочки носа розовый, поверхность гладкая, перегородка носа располагается по средней линии, носовые раковины не увеличены, общий носовой ход свободный.

При второй позиции виден передний конец средней носовой раковины и средний носовой ход, обонятельная щель. Иногда, если общий носовой ход широкий и ровный, в глубине удастся видеть задние отделы раковин, перегородку и часть задней стенки носовой части глотки.

Исследование слуха с помощью речи.



Осмотр левой половины носа производят аналогично: левая рука держит носорасширитель, а правая лежит на темени. Выводится носовой расширитель из полости носа в открытом виде, чтобы не ущемить волоски преддверия носа. При проведении передней риноскопии следует избегать давления браншами носового расширителя на перегородку носа, не следует вводить инструмент глубоко, чтобы не причинить боль и не травмировать слизистую оболочку.

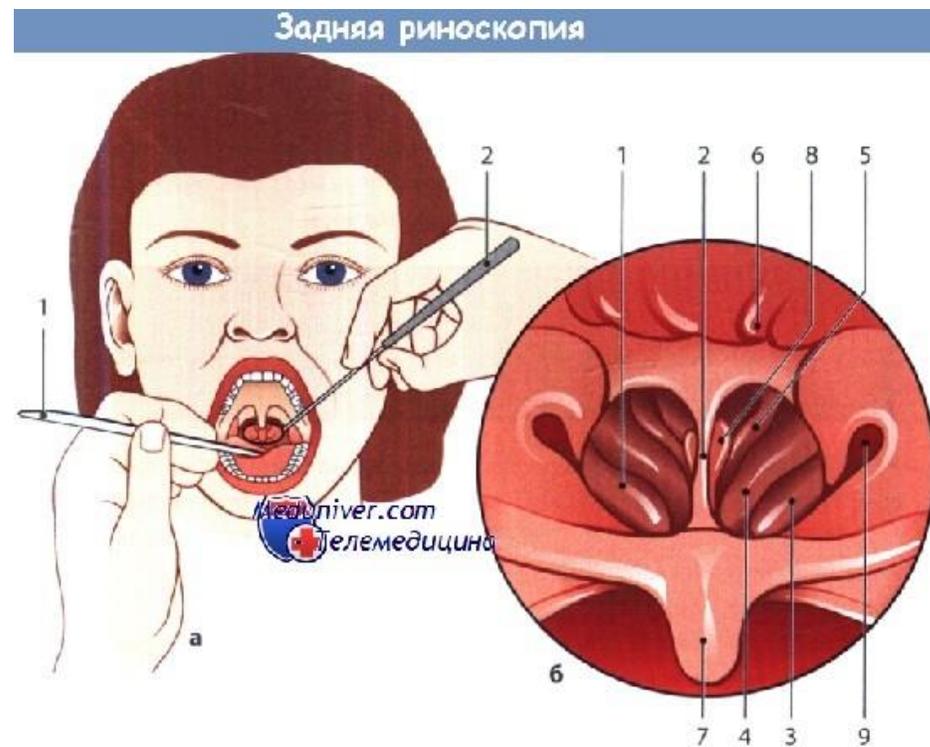


Задняя риноскопия.

Производится для осмотра задних отделов полости носа и верхних отделов глотки и осуществляется с помощью специального носоглоточного зеркала диаметром от 6 до 10 мм, с углом наклона 115° . Зеркало подогревают в горячей воде в течение 2-3 с, протирают салфеткой и проверяют нагрев зеркала, прикладывая его к тыльной поверхности левой кисти. Затем берут в левую руку шпатель и его концом отдают передние $2/3$ языка обследуемого. Следует помнить, что более глубокое введение шпателя вызывает рвотный рефлекс. Носоглоточное зеркало берут в правую руку, как писчее перо, и вводят в рот зеркальной поверхностью кверху, не касаясь корня языка и задней стенки глотки. Заводят зеркало за небную занавеску, при этом свет от рефлектора все время должен быть направлен на зеркало. Слегка поворачивая зеркало, последовательно осматривают задние отделы полости носа и носоглотку. При этом больной должен дышать носом.

Задняя риноскопия.

В зеркале видны задние концы всех трех носовых раковин, носовые ходы, задние отделы перегородки носа (сошник). Задние концы носовых раковин в норме не выходят из хоан, сошник располагается по средней линии. Видны верхние отделы глотки: слизистая оболочка здесь розовая, гладкая, в области свода носоглотки находится III (глочная) миндалина, которая в норме располагается на задне-верхней стенке носоглотки и не доходит до верхнего края сошника и хоан. На боковых стенках глотки, на уровне задних концов нижних носовых раковин, определяются глоточные устья слуховых труб



1 - хоана; 2 - задний край перегородки носа; 3 - нижняя носовая раковина; 4 - средняя носовая раковина; 5 - верхняя носовая раковина; 6 - аденоид; 7 - язычок; 8 - бугорок перегородки носа; 9 - устье слуховой трубы.



Задняя риноскопия

Задняя риноскопия является сложным эндоскопическим методом исследования. Некоторые больные, особенно дети, не умеют дышать носом с открытым ртом. В этом случае пациента просят глубоко дышать носом сначала с закрытым ртом, а затем постепенно открывая рот все шире и шире. Больной не должен высовывать язык, в момент исследования он должен максимально расслабить мягкое небо, чтобы оно отвисало книзу и кпереди. Если выраженный глоточный рефлекс затрудняет осмотр, то в этом случае прибегают к анестезии слизистой оболочки корня языка и глотки одним из аппликационных анестетиков. Иногда для осмотра носоглотки приходится оттягивать мягкое небо одним или двумя резиновыми катетерами, проведенными через полость носа в полость рта.



Исследование дыхательной функции.

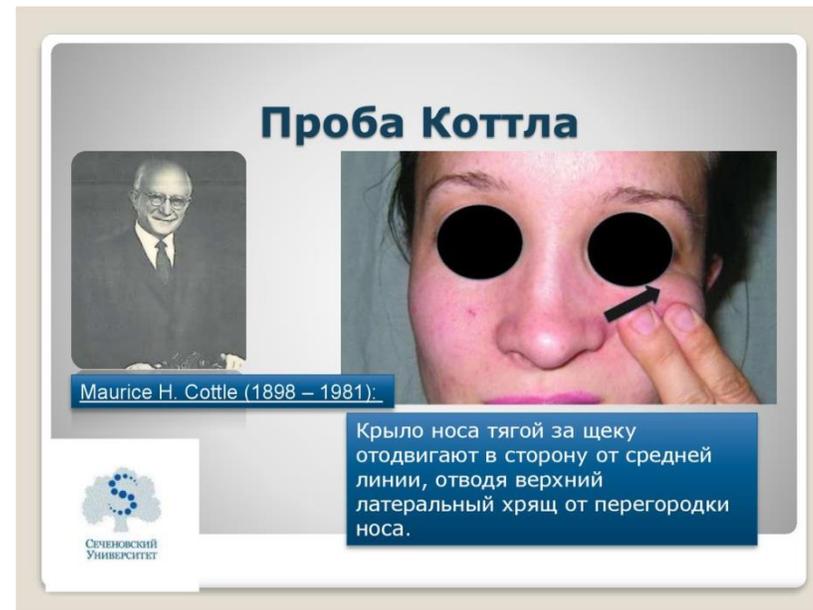
Наиболее простым методом, позволяющим судить о состоянии дыхательной функции отдельно каждой половины полости носа, является широко применяемая на практике проба с пушинкой по В.И.Воячеку. Одну половину носа исследуемого закрывают пальцем, а к другой подносят ватную пушинку и в зависимости от её движений при дыхании оценивают проходимость носовых ходов. Ослабление или усиление движений пушинки может быть признаком недостаточности или избыточности носового дыхания.

Патологию переднего носового клапана выявляют, используя тест Коттла. При спокойном дыхании мягкие ткани щеки смещаются пальцами руки в сторону от средней линии, при этом латеральный хрящ отводится от перегородки носа. Если при этом уменьшается заложенность носа, тест Коттла считается положительным, что свидетельствует о нарушении функции носового клапана. Если при выполнении пробы носовое дыхание существенно не улучшается, тест оценивается как отрицательный.

Исследование дыхательной функции.

Также простым методом исследования дыхательной функции является метод «дыхательных пятен», основанный на регистрации размеров пятен конденсата, образующихся при выдохе на зеркале Глятцеля. Это зеркало представляет хорошо отполированную блестящую металлическую пластину с нанесенными на её поверхности полукруглыми линиями.

Пластину подводят под ноздри и водяные пары, содержащиеся в выдыхаемом воздухе, конденсируются на поверхности пластины, образуя у каждой ноздри два матовых пятна, размеры которых зависят от величины выдыхаемого воздуха.





Дополнительные методы исследования

Эндоскопическое исследование полости носа и околоносовых пазух - исследование полости носа с использованием оптики показано в тех случаях, когда у больного с нарушенным носовым дыханием, с длительными выделениями из носа, нарушением обоняния, с повторными носовыми кровотечениями, с головной болью неясного генеза оказывается недостаточной информация, полученная при традиционной передней и задней риноскопии. Эндоскопия полости носа показана при назальной ликворее для уточнения локализации фистулы, при опухолях полости носа, для уточнения источника метастатического процесса на шее, при необходимости биопсии, для фото- и видеодокументации, послеоперационного контроля.

Эндоскопия околоносовых пазух значительно обогащает врача информацией, позволяющей вносить коррективы в лечебную тактику, нередко - решать вопрос о целесообразности хирургического вмешательства. Однако следует помнить, что это далеко не безвредная процедура, после проведения исследования у больного могут длительное время наблюдаться парестезии, невралгические боли.



Дополнительные методы исследования

Микрориноскопия - метод исследования полости носа и околоносовых пазух, также позволяющий получать ценную информацию о состоянии внутриносовых структур и прицельно выполнять хирургические вмешательства в полости носа и околоносовых пазух. Для проведения данного исследования используется операционный микроскоп.

При небольших опухолях полости носа микрориноскопия позволяет определить границы распространения опухоли, при этом хорошо видна сосудистая сеть в пределах опухоли, измененная ткань в виде островков белого или серого цвета, фибриновый налет, бугристость. Метод представляет ценность и для раннего выявления рецидива опухоли, еще не определяемого невооруженным глазом. При выполнении эндоназальных операций с использованием операционного микроскопа вмешательство удастся выполнить более тщательно благодаря бинокулярному увеличению; важным достоинством метода является возможность активно пользоваться двумя руками – отпадает необходимость второй рукой удерживать эндоскоп.



Рентгенография

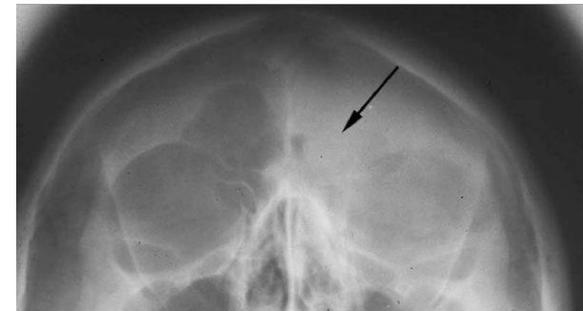
В диагностике заболеваний полости носа и околоносовых пазух рентгенография является простым, быстрым и недорогим методом исследования, основанным на высокой контрастности исследуемых анатомических структур (кость, воздух, жидкость). Для преодоления проекционных искажений и наложения структур используют различные проекции: носоподбородочную, носолобную, боковую и аксиальную.

Показаниями к рентгенологическому исследованию являются острый и хронический синуситы, травматические повреждения лицевого скелета, опухоли, инородные тела носа и околоносовых пазух.

Наблюдаемое при этом на рентгенограмме снижение пневматизации пазух, вплоть до их «затемнения», может быть обусловлено различными причинами: наличием патологического секрета в пазухах, отеком слизистой оболочки, образованием кист, полипов, опухолевым процессом.

Рентгенография

Иногда для уточнения формы патологического процесса в пазухах наиболее часто применяемая нативная рентгенография бывает недостаточна. Форму воспаления, характер изменения слизистой оболочки, наличие патологических образований в пазухе на обзорной рентгенограмме выявить не удастся. Информативность исследования значительно повышается при выполнении компьютерной томографии.





КТ

Иногда для уточнения формы патологического процесса в пазухах наиболее часто применяемая нативная рентгенография бывает недостаточна. Форму воспаления, характер изменения слизистой оболочки, наличие патологических образований в пазухе на обзорной рентгенограмме выявить не удастся. Информативность исследования значительно повышается при выполнении компьютерной томографии.



Компьютерная томография придаточных пазух носа.
Ds: Двусторонний гнойный синусит (гайморит).



Гной в обеих верхнечелюстных пазухах





Воспалительные заболевания носа и придаточных пазух.



Острый ринит

Острое неспецифическое воспаление слизистой оболочки полости носа встречается часто, болеют дети и взрослые. Этиология: снижение иммунитета, переохлаждение, общее или местное активация вирусной или микробной флоры в полости носа.

Стадии:

1 стадия - раздражения: в носу - сухость, жжение, щекотание в носу и глотке, недомогание, озноб, головная боль, многократное чихание, повышение температуры тела. Длится несколько часов.

2 стадия - серозных выделений начинается через несколько часов от начала заболевания - обильное истечение водянистой жидкости, отек слизистой оболочки, жидкость пропотекает из сосудов, ухудшается обоняние, носовое дыхание затруднено, гнусавость, мацерация кожи около носа, за сутки выделяется до 5 литров жидкости из носа. Длится 2-3 суток.

3 стадия слизисто гнойных выделений: на 4-5 день выделения густые слизисто – гнойные (желтоватые), затем выделения уменьшаются, отечность слизистой уменьшается, носовое дыхание и обоняние восстанавливаются, на 8-14 день насморк прекращается - 4 - стадия разрешения.

Хронический ринит

Катаральный:

- а) затруднение носового дыхания
- б) умеренное выделение из носа
- в) снижение обоняния
- г) чаще заложенность одной половины носа



Хронический ринит

Гипертрофический насморк:

- а) постоянное затруднение носового дыхания
- б) слизистое или слизисто – гнойное отделяемое из носа
- в) разрастание и утолщение нижней и средней носовой раковины
- г) гиперемия слизистой
- д) понижение обоняния
- е) гнусавость
- ж) бывают полипозные разрастания (перерождение слизистой оболочки в отростки) в среднем и верхнем носовом ходах
- з) застойный отек задних концов нижних носовых раковин

Хронический ринит

Атрофический ринит:

- а) атрофия слизистой (длительное воздействие пыли, газа, табака, пара, следствие перенесенных инфекционных заболеваний)
- б) образование корок
- в) сухость и жжение
- г) снижение обоняния (гипосмия) - вплоть до аносмии
- д) при отторжении корок – кровоточивость



Вазомоторный ринит (сосудистый насморк)

Аллергическая форма

Этиология: роль раздражителя играет аллерген - повышенная чувствительность организма (сенсibilизация) - немедленный приступ вазомоторного ринита.

1. Сезонный тип: цветение трав и деревьев (пыльца), обострение ежегодно в одно и то же время = «сенная лихорадка», увеличение эозинофилов в ОАК до 5-6 тысяч.
2. Постоянный тип: постоянное воздействие аллергена на слизистую носа круглый год (пыль, шерсть животных, пух, перо подушек, продукты, микрофлора) = «поллиноз» - несколько аллергенов вызывают реакцию.

Вазомоторный ринит (сосудистый насморк)

Нейровегетативная форма.

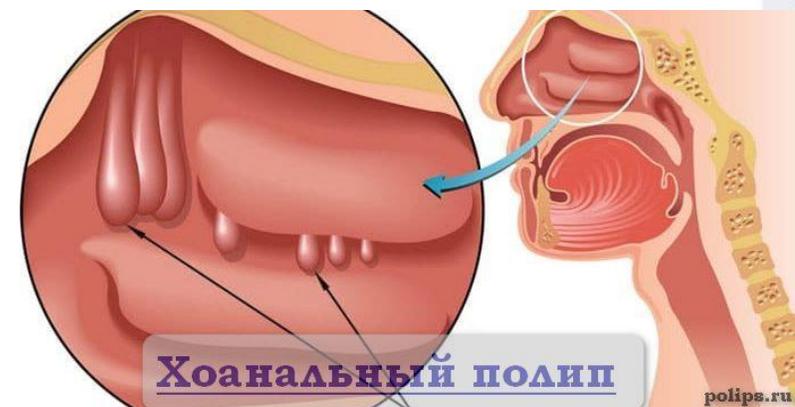
Этиология: нарушение нервных механизмов, регулирующих нормальную физиологию носа (обычные раздражители вызывают гиперэргические реакции со стороны слизистой оболочки носа).

Симптомы: внезапные приступы чихания, носовая гидроррея, затруднение носового дыхания.

При осмотре: отек слизистой, бледность или цианоз слизистой, сизые или белые пятна.

Хоанальный полип

Хоанальный полип – это доброкачественное образование носоглотки. Основными симптомами являются одностороннее нарушение носового дыхания вплоть до его полного отсутствия, чувство сухости и заложенности, наличие выделений из носа, закрытая гнусавость, храп. В дальнейшем развиваются тубоотиты, кондуктивная тугоухость, нарушение акта глотания и хроническая гипоксия. В процессе диагностики используются анамнестические сведения, данные общего осмотра, риноскопии, мезофарингоскопии, рентгенографии и компьютерной томографии, при симптомах отита – отоскопии и аудиометрии.



Острые и хронические синуситы.

Синусит – инфекционно-воспалительный процесс, затрагивающий слизистую оболочку околоносовых пазух. Может иметь вирусную, бактериальную, грибковую или аллергическую природу. К общим симптомам, характеризующим течение синуситов, относятся повышение температуры тела, боль в проекции придаточных пазух, затруднение носового дыхания, серозно-гнойное отделяемое из носа.

Синуситы диагностируются у 0,02% взрослого населения; у детей инфекции верхних дыхательных путей осложняются развитием синусита в 0,5% случаев. По течению выделяют острый и хронический синуситы. Отмечается повышенная температура, головная боль, заложенность и гнойные выделения из носа, отек лица в зоне воспаленной пазухи. При отсутствии лечения развиваются серьезные осложнения: воспаление зрительного нерва и оболочек глаза, остеомиелит, абсцесс мозга, менингит.

Острые и хронические синуситы.

Среди них выделяют:

1. острый и хронический гайморит – воспаление верхнечелюстной пазухи;
2. острый и хронический фронтит – воспаление лобной пазухи;
3. острый и хронический этмоидит - воспаление решётчатой пазухи и
4. острый и хронический сфеноидит – воспаление клиновидной пазухи.



Острые и хронические синуситы.

- Этиология. Причинами острого синусита являются: ОРВИ, грипп, острые микробные инфекции, острый ринит, травмы. Предрасполагающим фактором является переохлаждение.
- Хронические синуситы возникают в результате затяжного течения острого синусита, при снижении общей реактивности организма, недостаточно эффективном лечении, при нарушении естественного оттока из пазух, связанного с искривлением носовой перегородки, полипозом, гипертрофическим ринитом.
- Развитие одонтогенного гайморита обусловлено заболеваниями зубов.
- Для диагностики синусита необходимы клинические данные, рентгенологическое исследование, при необходимости, диагностическая пункция.

Патогенез синуситов.

1. Пазухи соединены с носовой полостью узкими ходами. Через эти ходы осуществляется постоянное дренирование (очищение) пазух. Если пазухи по какой-то причине перестают очищаться, в них застаивается секрет и создаются благоприятные условия для развития синусита.
2. Соустья носовых пазух могут блокироваться при различных деформациях внутриносовых структур (гипертрофические риниты, искривление носовой перегородки, аномалии строения решетчатого лабиринта и носовых раковин).
3. Вирусная инфекция является еще одним фактором риска возникновения синуситов. В результате воспаления слизистая оболочка придаточных пазух и носовой полости отекает. Слизистые железы начинают вырабатывать большое количество секрета. Соустья параназальных пазух еще больше сужаются из-за отека слизистой и забиваются густым патологическим секретом.
4. Нарушение вентиляции, застой отделяемого и дефицит кислорода в тканях пазух становятся толчком для интенсивного развития условно-патогенной флоры. К вирусной инфекции присоединяется бактериальная.

Патогенез синуситов.

1. Степень выраженности проявлений синусита зависит от вирулентности вызывавших воспаление микробов.
2. Широкое применение антибиотиков приводит к тому, что бактериальная флора, ставшая причиной развития синусита, нередко отличается повышенной резистентностью (устойчивостью) к большинству антибиотиков. В последние годы синуситы все чаще вызываются грибками.
3. Отек слизистой оболочки, приводящий к закрытию соустьев параназальных пазух, может быть вызван вдыханием холодного воздуха и ряда химических веществ.
4. Однако, самой частой причиной развития синуситов являются иммунодефицитные состояния и аллергические реакции. Аллергия вызывает вазомоторный ринит, одним из проявлений которого является отек слизистой носовой полости.
5. Процесс неоднократно повторяется. В результате хронические синуситы развиваются примерно у 80% больных вазомоторным ринитом.

Классификация

- Первое место по распространенности занимает гайморит, второе – этмоидит, третье – фронтит и четвертое – сфеноидит. Возможно одно- или двухстороннее поражение. В процесс может вовлекаться одна или несколько пазух. Если воспаление охватывает все придаточные пазухи, заболевание называют пансинуситом
- Все синуситы могут протекать остро, подостро или хронически.
- Острый синусит, как правило, провоцируется насморком, гриппом, скарлатиной, корью и другими инфекционными заболеваниями. Заболевание продолжается 2-4 недели.
- Подострый синусит чаще всего является следствием неправильного или недостаточного лечения острого синусита. Симптомы заболевания при подостром течении синусита сохраняются от 4 до 12 недель.

Классификация

Хронический синусит становится исходом повторных острых синуситов инфекционной этиологии или развивается, как осложнение аллергического ринита. Критерием хронизации процесса является наличие симптомов синусита в течение 12 и более недель.

В зависимости от характера воспаления выделяют три формы синусита:

1. Отечно-катаральная. Поражаются только слизистая оболочка параназальных пазух. Процесс сопровождается выделением серозного отделяемого;
2. Гнойная. Воспаление распространяется на глубокие слои тканей придаточных пазух. Отделяемое приобретает гнойный характер;
3. Смешанная. Имеются признаки отечно-катарального и гнойного синусита.

Осложнения

При синуситах в патологический процесс может вовлекаться глазница и внутричерепные структуры. Распространение воспаления вглубь может приводить к поражению костей и развитию остеомиелита. Самым распространенным осложнением синуситов является менингит. Заболевание чаще возникает при воспалении решетчатого лабиринта и клиновидной пазухи. При фронтите может развиваться эпидуральный абсцесс или субдуральный (реже) абсцесс мозга. Своевременная диагностика осложнений при синуситах иногда затруднена из-за слабо выраженной клинической симптоматики. Запущенные внутричерепные осложнения синуситов прогностически неблагоприятны и могут стать причиной летального исхода.

Диагностика

Диагностика синусита

Диагноз синусита выставляется на основании характерной клинической картины, объективного осмотра и данных дополнительных исследований.

В процессе диагностики используется рентгенография околоносовых пазух в двух проекциях, ультразвуковое исследование, ядерно-магнитный резонанс и КТ околоносовых пазух.

По показаниям для исключения осложнений проводится КТ или МРТ головного мозга.

Гайморит

У пациента можно выделить настоящие проблемы локального характера и общие.

К локальным симптомам относятся: боль или чувство тяжести в области верхнечелюстной пазухи, которая может распространяться на половину лица или головы. Отмечается нарушение носового дыхания, особенно на стороне поражения, слизистое или слизисто-гнойное отделяемое из полости носа. При осмотре можно обнаружить скопление гнойного отделяемого в среднем носовом ходе.

При наклоне головы в сторону противоположную воспалению, отмечается поступление гноя в средний носовой ход.

Общими проблемами являются: головная боль, плохое общее самочувствие. Температура тела повышается до 37-38°C.

На рентгенограмме придаточных пазух отмечается затемнение поражённой верхнечелюстной пазухи.

Гайморит

Гайморит может протекать остро или приобретать хроническую форму. По данным международной медицинской статистики, острым гайморитом и другими синуситами ежегодно заболевает около 10% населения развитых стран. Заболевание поражает людей всех возрастов. У детей до 5 лет гайморит почти не встречается, поскольку в этом возрасте придаточные пазухи еще недостаточно развиты. Своевременно начатое лечение гайморита позволяет избежать серьезных осложнений: отита, менингита, абсцесса мозга, флегмоны глазницы, остеомиелита, поражений миокарда и почек.

Причины гайморита. Гайморит могут вызывать стрептококки, стафилококки, хламидии, гемофильная палочка, грибки, вирусы и микоплазма. У взрослых людей гайморит чаще всего вызывается вирусами, *Haemophilus influenzae* и *Streptococcus pneumoniae*. У детей возбудителями гайморита нередко являются хламидии и микоплазма. У ослабленных больных и пациентов с нарушением иммунитета гайморит может вызываться грибковой и сапрофитной микрофлорой.

Гайморит

В качестве факторов риска выступают заболевания и состояния, затрудняющие нормальную вентиляцию гайморовой пазухи и способствующие проникновению инфекции в полость пазухи:

1. ОРВИ, острые и хронические риниты любой этиологии;
2. аденоиды у детей;
3. хронический тонзиллит и хронический фарингит;
4. кариозные верхние коренные зубы, хирургическое вмешательство, проведенное на зубах или альвеолярном отростке верхней челюсти;
5. врожденная узость носовых ходов;
6. искривление носовой перегородки.

Риск развития гайморита увеличивается зимой и осенью вследствие естественного сезонного снижения иммунитета.

Классификация гайморита

Гайморит может быть катаральным или гнойным.

При катаральном гайморите отделяемое из верхнечелюстной пазухи имеет асептический характер, при гнойном – содержит микрофлору.

В зависимости от пути проникновения инфекции выделяют

1. гематогенный (чаще у детей),
2. риногенный (обычно у взрослых),
3. одонтогенный (микробы попадают в гайморову пазуху из расположенных рядом коренных зубов)
4. травматический гайморит.

В зависимости от характера морфологических изменений выделяют следующие формы хронического гайморита:

Классификация гайморита

В зависимости от характера морфологических изменений выделяют следующие формы хронического гайморита:

1. Экссудативные (катаральный и гнойный хронический гайморит). Преобладающий процесс – образование гноя.
2. Продуктивные (гнойно-полипозный, полипозный, некротический, атрофический, пристеночно-гиперпластический гайморит и т.д.). Преобладающий процесс – изменение слизистой оболочки гайморовой пазухи (полипы, атрофия, гиперплазия и т.д.).

Из-за закупорки слизистых желез при хроническом гайморите часто образуются истинные кисты и мелкие псевдокисты гайморовой пазухи. Широко распространены полипозная и полипозно-гнойная формы хронического гайморита. Реже встречаются пристеночно-гиперпластическая и катаральная аллергическая формы, очень редко – казеозная, холестеатомная, озеозная и некротическая формы хронического гайморита.

Симптомы острого гайморита

Заболевание начинается остро. Температура тела больного повышается до 38-39С, выражены признаки общей интоксикации, возможен озноб. В отдельных случаях температура тела пациента может быть нормальной или субфебрильной. Больного гайморитом беспокоят боли в области пораженной верхнечелюстной пазухи, скуловой кости, лба и корня носа. Боль усиливается при пальпации. Возможна иррадиация в висок или соответствующую половину лица. У некоторых пациентов появляются разлитые головные боли различной интенсивности.

Носовое дыхание на стороне поражения нарушается. При двухстороннем гайморите заложенность носа вынуждает пациента дышать через рот. Иногда вследствие закупорки слезного канала развивается слезотечение. Выделения из носа вначале серозные, жидкие, затем становятся вязкими, мутными, зеленоватыми.

Хронический гайморит

Хронический гайморит — это хроническое заболевание верхнечелюстной пазухи. Встречаются следующие формы:

1. гнойная,
2. полипозная,
3. полипозно-гнойная.

Реже встречаются – катаральная, аллергическая, пристеночно-гиперпластическая.

Течение острого гайморита более трёх недель, считается затяжным, а более шести недель – хроническим.

Возникновению хронического гайморита способствует снижение общей реактивности организма, затруднение оттока из верхнечелюстной пазухи, недостаточно эффективное лечение острого гайморита.

Симптомы хронического гайморита

Характерными проблемами пациента с хроническим гайморитом являются: частые головные боли или боль в области лба, особенно выраженные при затруднении оттока из пазухи. У пациента наблюдается отделяемое из одной половины носа гнойного или серозного характера, иногда снижение обоняния.

Для подтверждения диагноза необходимы данные рентгенографии, диагностической пункции.

Диагноз выставляется на основании жалоб пациента, данных внешнего осмотра (определяется рефлекторное расширение кожных сосудов подглазничной области), осмотра слизистой носовой полости (воспаление, отек, гнойные выделения из отверстия пазухи). На рентгенограмме гайморовой пазухи выявляется затемнение. При недостаточной информативности других методов исследования выполняется пункция гайморовой пазухи.

Острый и хронический фронтит.

Основными проблемами при остром воспалении лобной пазухи являются: локальная боль в области лба, головная боль, слизисто-гнойные выделения из одной половины носа, нарушение носового дыхания, припухлость и гиперемия кожи в области лба, верхнего века, внутреннего угла орбиты. Температура тела повышается до фебрильных цифр (38-39°C).

Отмечается общая слабость, плохое самочувствие.

При хроническом фронтите проблемами пациента будут: частые головные боли, боль в области лба, умеренное гнойное отделяемое из носа с неприятным запахом, нарушение носового дыхания и снижение обоняния.

Правильной диагностике помогают данные рентгенологического исследования и данные трепанопункции лобной пазухи.

Острые и хронические этмоидиты

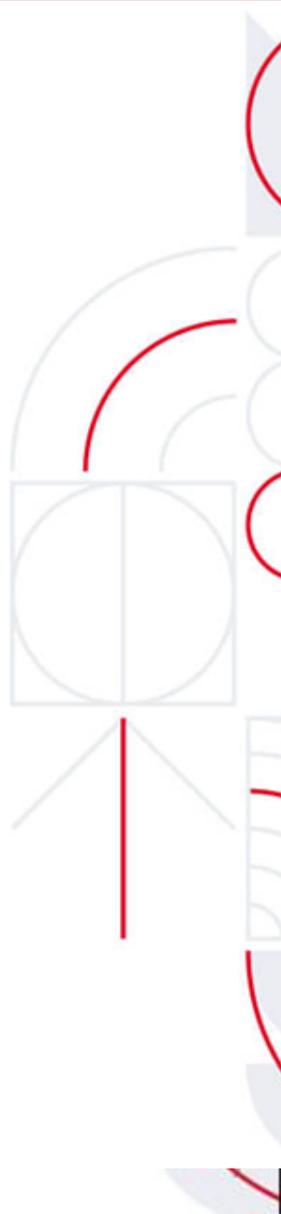
Проблемами острого воспаления решётчатых пазух являются: давящая боль в области спинки носа и переносицы, головная боль, значительное нарушение носового дыхания, серозные, а затем слизисто-гнойные или гнойные выделения из носа, снижение обоняния. В детском возрасте часто наблюдаются отёк и гиперемия в области верхнего угла орбиты, верхнего века, конъюнктивит на стороне поражения. Температура тела повышается до 37,5 - 38° С и держится в течение недели. При хроническом этмоидите проблемы зависят от активности процесса. В период ремиссии больного беспокоит головная боль, боль в области корня носа, скудное гнойное отделяемое, образование корок.



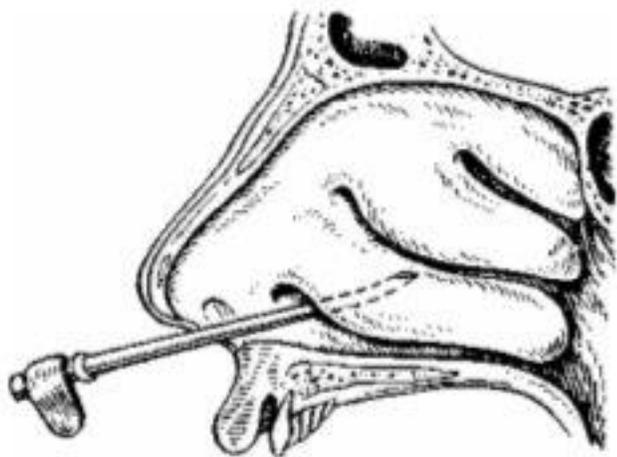
Острые и хронические сфеноидиты.

Изолированное воспаление клиновидных пазух встречается редко, обычно сочетается с воспалением задних клеток решётчатого лабиринта.

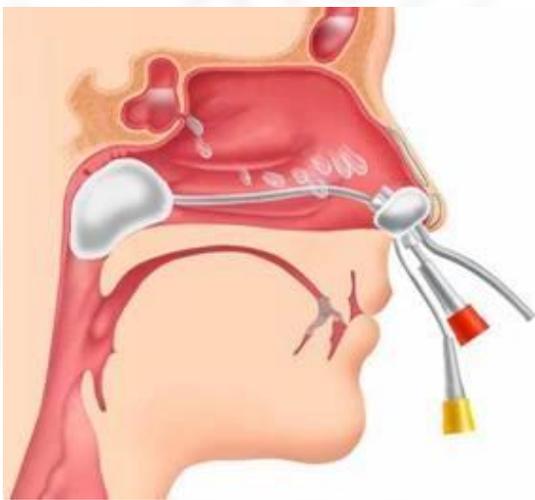
У пациента возникают следующие проблемы: боль в затылочной области, иногда в глазнице, реже в теменной или височной области, гнойное отделяемое, которое стекает в носоглотку, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, выражено нарушение обоняния.



Пункция гайморовой пазухи



- Пункция гайморовой пазухи производится иглой Куликовского, игла вводится под нижнюю носовую раковину на 2-2,5 см от ее переднего конца. В этом месте медиальная стенка гайморовой пазухи имеет минимальную толщину. При пункции игла должна быть обращена к наружному углу глаза соответствующей стороны.
- ЯМИК процедура — это метод лечения острого синусита без прокола гайморовой пазухи, для которой используют специальный ЯМИК катетер. Суть метода в том, что при помощи синус-катетера ЯМИК за счет разницы давления создаваемой в носовой полости, можно удалить патологическое содержимое из околоносовых пазух, не травмируя их стенки. Этот метод стал популярен как эффективная альтернатива пункции гайморовой пазухи.

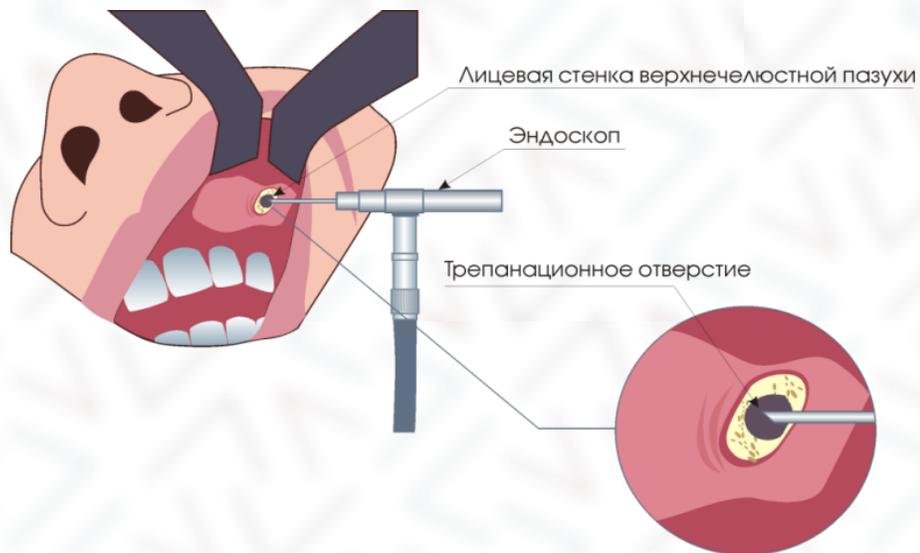


Гайморотомия по Колдуэлл-Люку



- При проведении гайморотомии выполняют разрез слизистой оболочки на верхней десне (сразу под верхней губой) длиной 5-6 см. Слизистая рассекается до кости и отодвигается в сторону. Затем долотом или буром делают отверстие в передней костной стенке пазухи, размер отверстия делают достаточным для проведения в пазуху инструментов. По окончании санации пазухи в средний носовой ход через соустье устанавливают дренаж.

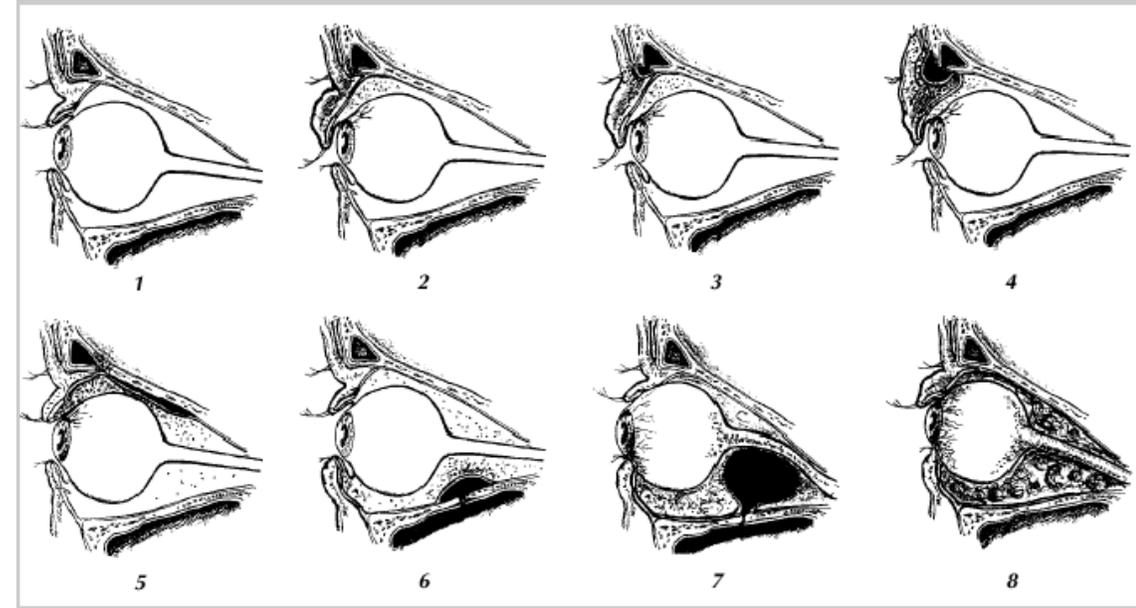
- Эндоскопическая гайморотомия осуществляется посредством эндоскопа диаметром 4-5 мм. Эндоскоп в пазуху вводится через соустье из носового хода, либо через искусственно сделанное отверстие в передней стенке пазухи.



Осложнения заболеваний придаточных пазух носа

Орбитальные осложнения

Орбитальные осложнения являются потенциальными проблемами вследствие острого воспаления или обострения хронического воспаления придаточных пазух носа. Чаще они возникают при воспалении решётчатых и лобных пазух, реже – верхнечелюстных и клиновидных. Переходу воспаления из пазух на мягкие ткани орбиты способствует анатомическая близость орбиты. При этом могут возникнуть флегмона орбиты или ретробульбарный абсцесс.



Область глазницы

Область глазницы стенки:

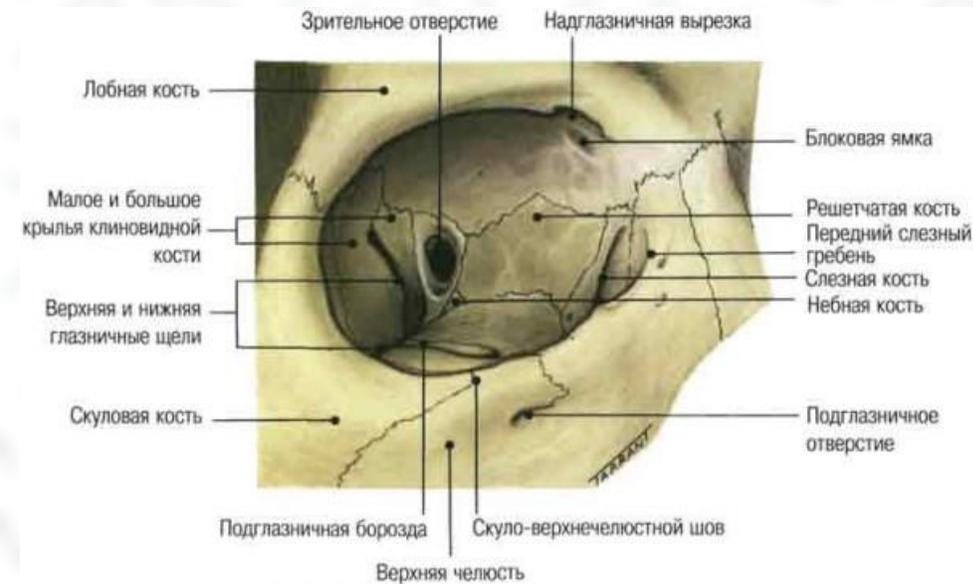
- Верхняя стенка – дно передней черепной ямки и лобной пазухи;
- Нижняя стенка – крыша верхнечелюстной (гайморовой) пазухи;
- Латеральная стенка – скуловая и клиновидная кость;
- Медиальная стенка – соприкасается с клиновидной пазухой и с решетчатым лабиринтом;

Через верхнюю глазничную щель проходят:

глазодвигательный (3), блоковой (4), отводящий (6) нервы, глазной нерв (1 ветвь тройничного н.). Через это отверстие глазница сообщается со средней черепной ямкой.

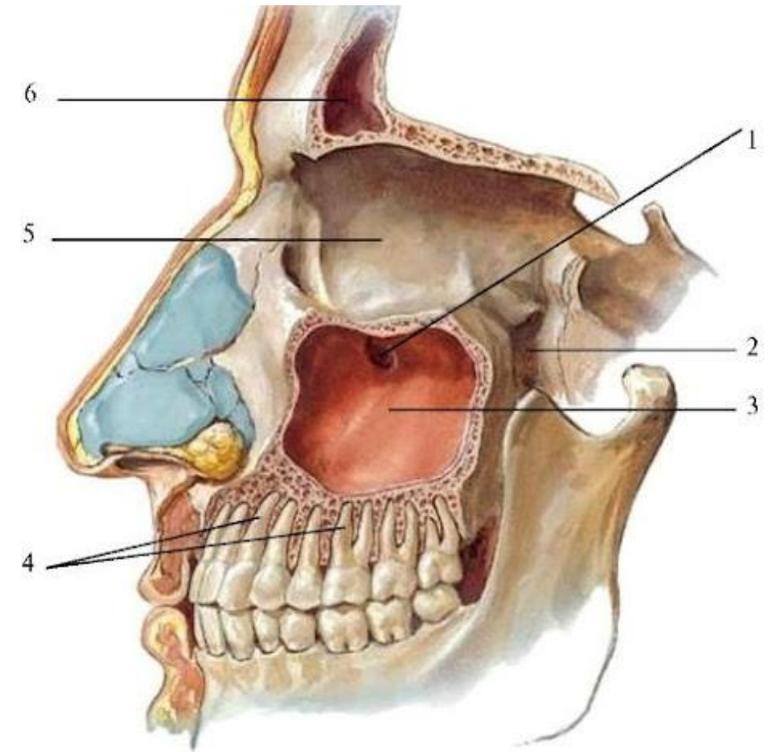
Через нижнюю глазничную щель проходят:

ветви верхнечелюстного нерва (2 ветвь тройничного нерва) – подглазничной и скуловой, глазничные ветви, подглазничная артерия и вена (ветвь верхнечелюстной а.). Через это отверстие глазница сообщается с крылонёбной и подвисочной ямкой.



Орбитальные осложнения

1. контактный путь: через дефекты костных стенок, образовавшиеся в результате остеомиелита либо врожденные костные дефекты в церебральных и орбитальных стенках, граничащих с пазухами, а также в каналах зрительных нервов (так называемые дегисценции);
2. гематогенный путь (по венам и периваскулярным пространствам);
3. лимфогенный путь (в том числе и по периневральным щелям).



Орбитальные осложнения

Клиника. Ведущими проблемами являются: гиперемия и отёк в области воспалённой пазухи (чаще лобной), боль в глазнице, ограничение подвижности глазного яблока, смещение глазного яблока книзу, снижение зрения. В более тяжёлых случаях появляется экзофтальм, озноб, фебрильная температура, плохое самочувствие.

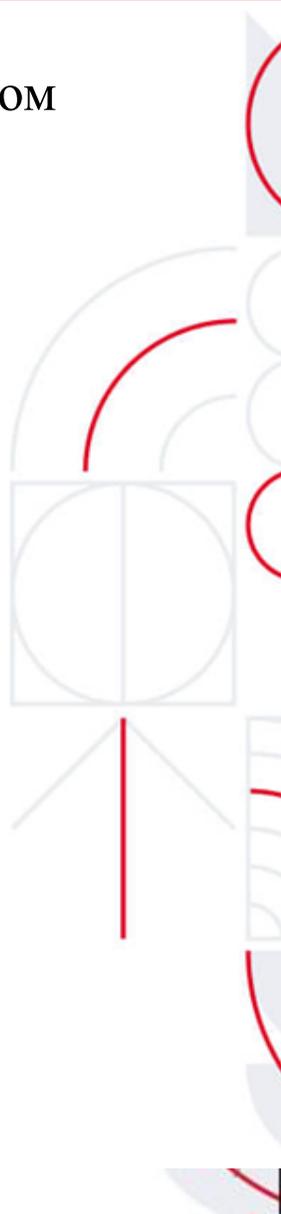


Орбитальные осложнения

Реактивный отек и негнойное воспаление клетчатки глазницы и век часто развиваются в детском возрасте при острых этмоидитах, возникающих на фоне респираторной инфекции.

Проявляется

1. припухлость и покраснение кожи в области век,
2. сужение глазной щели
3. гиперемия и отек конъюнктивы, век и глазного яблока
4. хемоз и экзофтальм со смещением глазного яблока

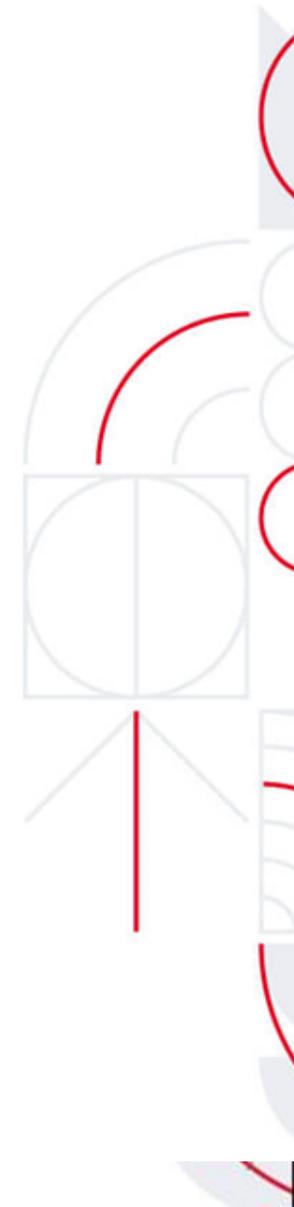




Орбитальные осложнения

Периостит орбиты проявляется:

- отёком век и инъекция сосудов конъюнктивы
- общей реакцией: высокая температура тела, общая слабость, головная боль
- на одной из стенок орбиты образуется болезненный инфильтрат, локализация зависит от локализации воспалительного процесса в околоносовых пазухах.
- Дальнейшее отслоение периоста от кости ведёт к образованию субпериостального (периорбитального) абсцесса
- Анатомические особенности строения тканей орбиты определяют направление распространения гноя, которое, как правило, происходит не внутрь глазницы, а наружу, формируя гнойный свищевой ход.

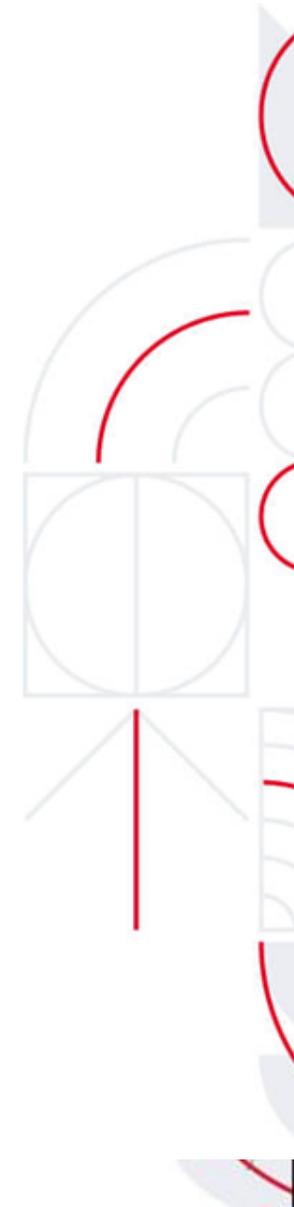




Орбитальные осложнения

Флегмоны орбиты:

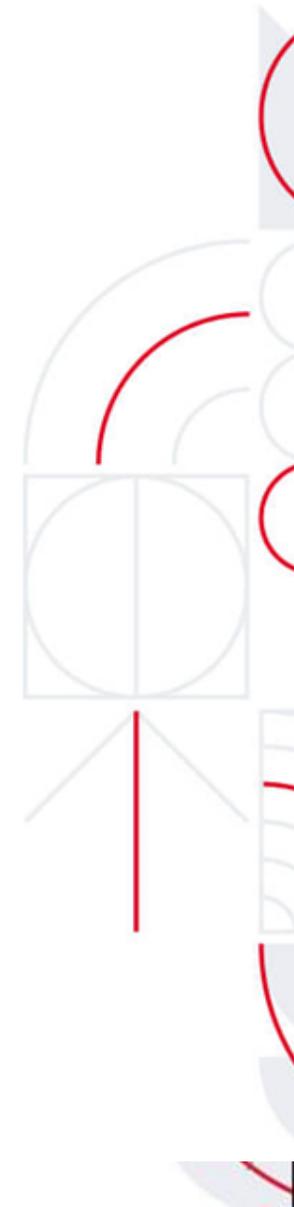
- Температура тела 39–40 °С,
- Сильная головная боль, возможно появление тошноты и рвоты
- Нарастающая боль в глазнице
- Отёк и гиперемия век, выраженный хемоз (сильным покраснением конъюнктивы, отёком, болевыми ощущениями, слезотечением, зудом и чувствительностью к свету)
- Экзофтальм с ограничением подвижности глазного яблока
- Снижение зрения вследствие нарушения кровоснабжения сетчатки





Риногенные внутричерепные осложнения

Риногенные внутричерепные осложнения - это группа заболеваний, развивающихся при распространении инфекции из первичного очага в придаточных синусах или полости носа внутрь черепной коробки. Клинические проявления зависят от конкретной патологии, могут включать в себя интоксикационный, менингеальный, очаговый, оптохиазмальный, гипертензивный и общемозговой синдромы. Инфекция распространяется контактным или гематогенным путём при обострении хронического синусита, при фурункуле носа, абсцессе носовой перегородки, гриппозных заболеваниях носа и придаточных пазух и являются потенциальными проблемами этих заболеваний.





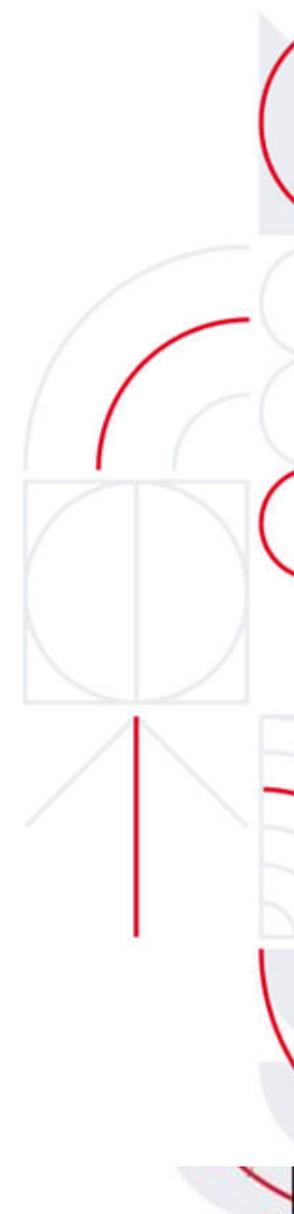
Риногенные внутричерепные осложнения

**через
возникшие
костные
дефекты**

(при травме,
гнойном
расплавлении
стенок полостей,
остеомиелите)

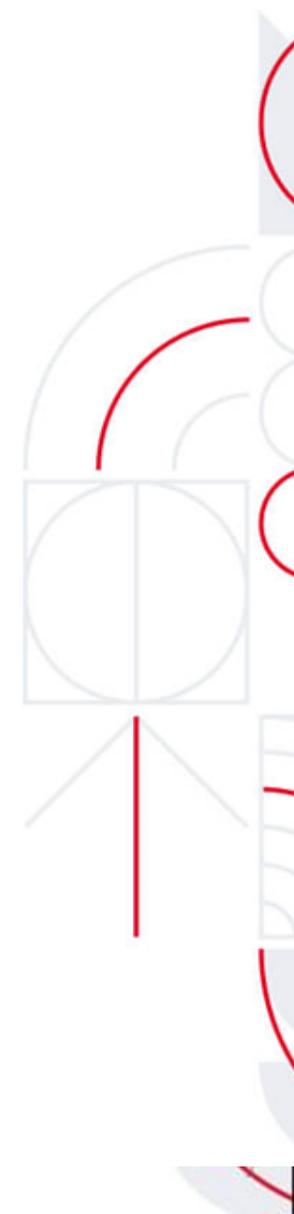
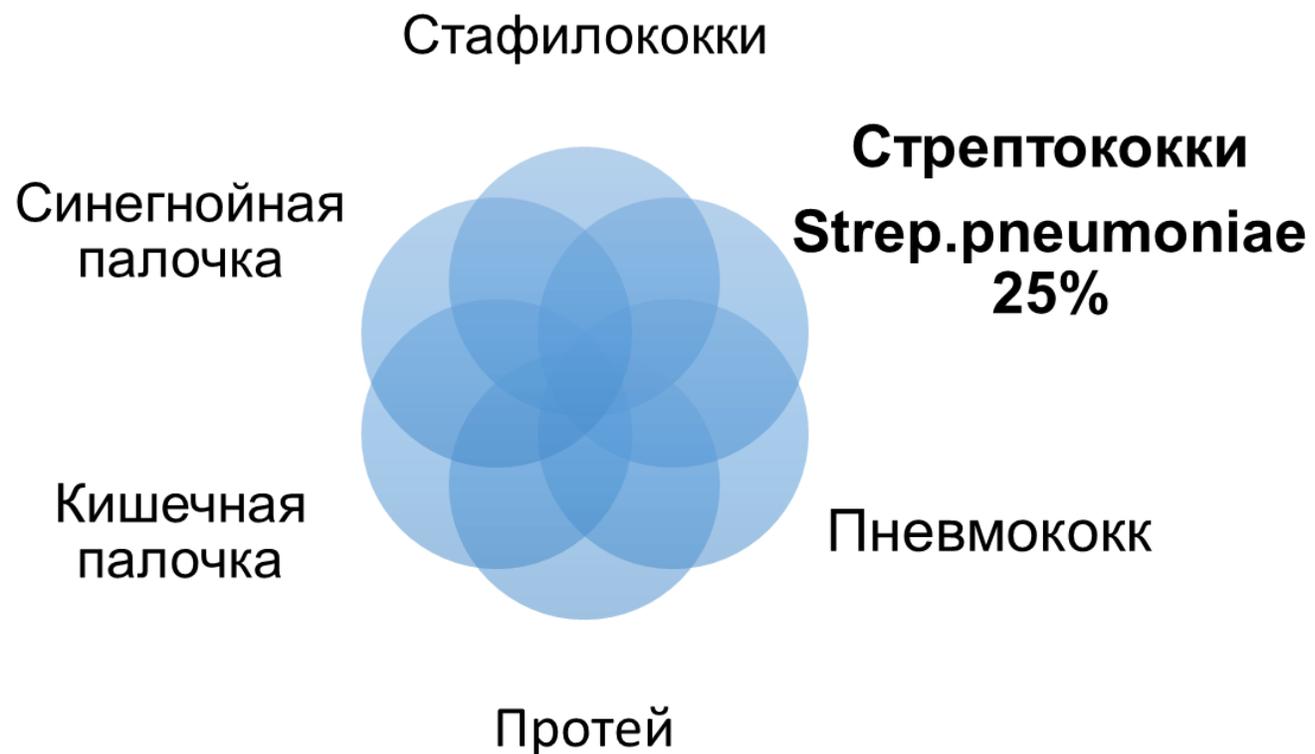
**через
предсуществую
щие
анатомические
структуры**

(сосудистые и
нервные каналы,
диплоические
вены, пути
лимфооттока)



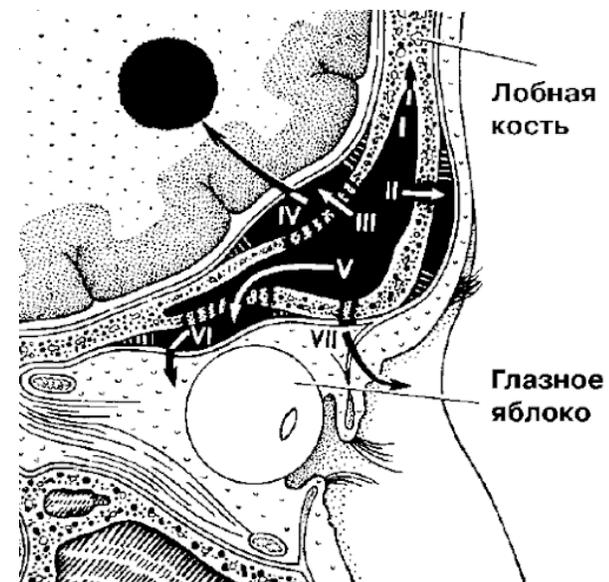


Риногенные внутричерепные осложнения



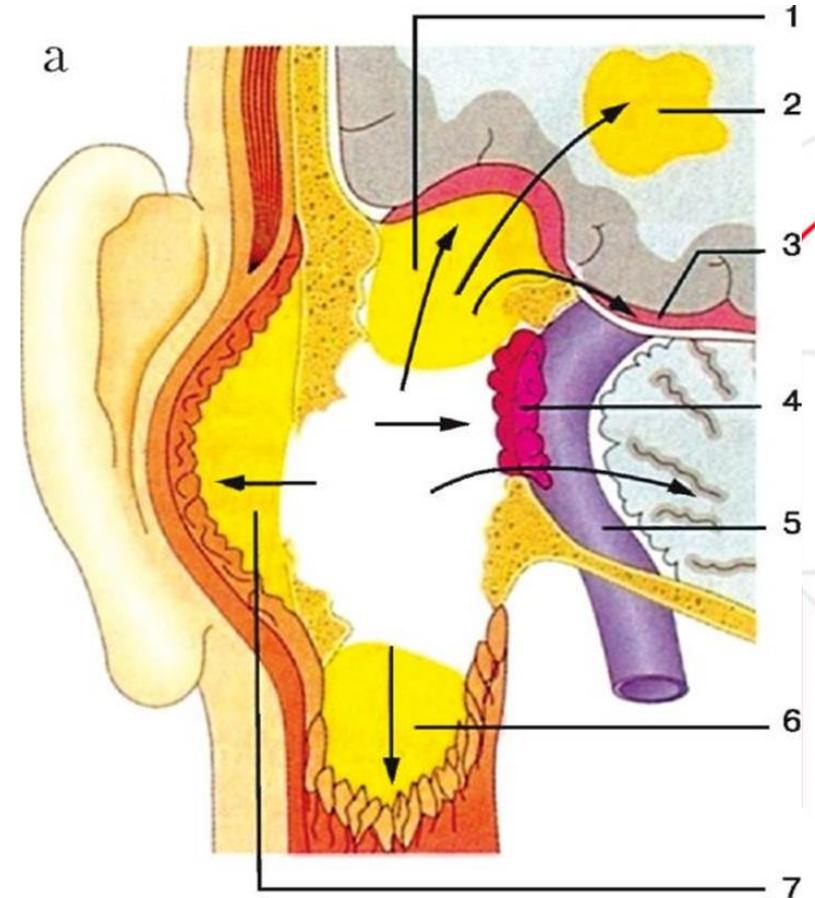
Риногенные внутричерепные осложнения

1. Экструдуральный (эпидуральный) абсцесс;
2. субдуральный абсцесс;
3. гнойный менингит;
4. арахноидит;
5. абсцесс мозга.



Экстрадуральный абсцесс

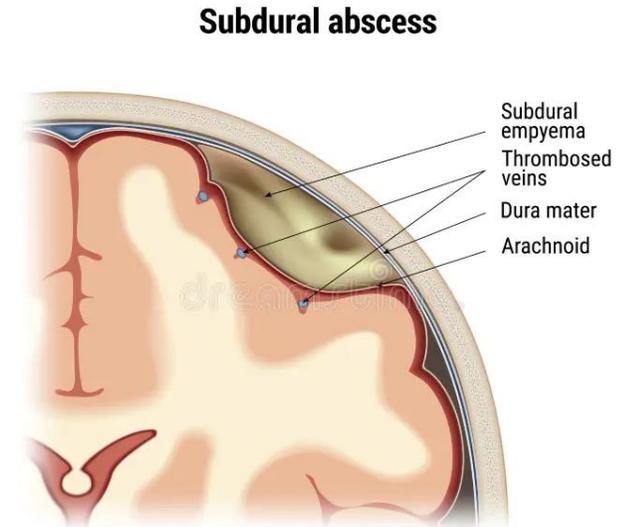
- Экстрадуральный абсцесс – скопление гноя между костями свода черепа и твёрдой мозговой оболочкой.
- Воспаление переходит с фронтальной пазухи или среднего и внутреннего уха
- На первом плане симптомы синусита, отита или мастоидита
- Мозговая симптоматика не выражена
- Очаговая симптоматика зависит от локализации абсцесса



Субдуральный абсцесс

Субдуральный абсцесс - это скопление гноя между твердой и паутинной мозговыми оболочками на ограниченном участке.

- Сохраняются симптомы синусита или отита
 - Выраженные общемозговые симптомы (головная боль, тошнота, спутанность сознания)
 - Появляются менингеальные и очаговые неврологические симптомы
- СУБДУРАЛЬНЫЙ АБСЦЕСС СООБЩАЕТСЯ С ПОДПАУТИННЫМ ПРОСТРАНСТВОМ, ПОЭТОМУ ЛЕГКО ПЕРЕХОДИТ В МЕНИНГИТ**

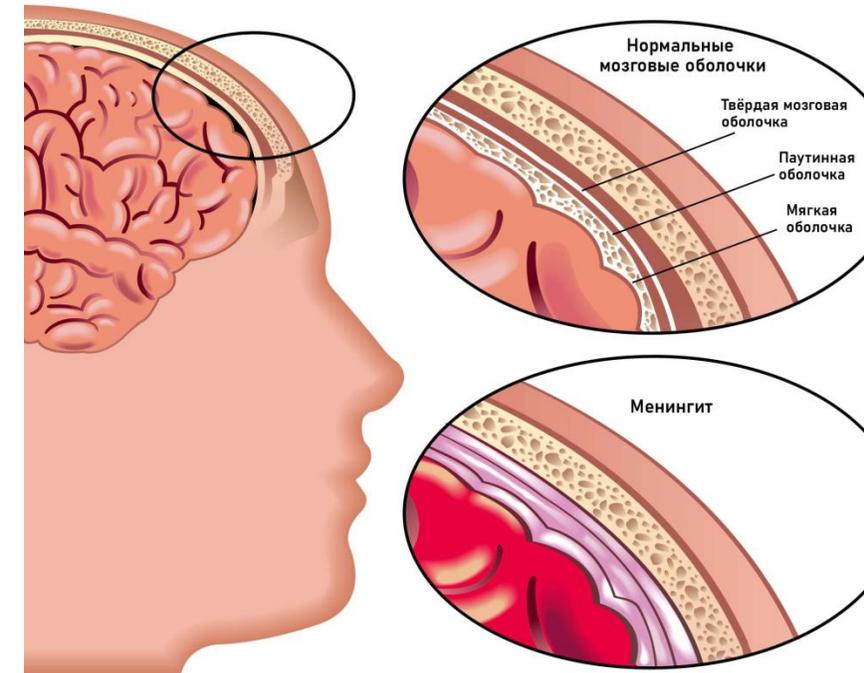


Менингит

Менингит – воспаление мозговых оболочек при распространении инфекции в субарахноидальное пространство

Системные симптомы:

1. Тяжёлое общее состояние
2. Нарушение сознания, угнетение или психомоторное возбуждение
3. Бледность
4. Светобоязнь, гиперестезия
5. Высокая температура тела, лихорадка постоянного типа
6. Лейкоцитемия, нейтрофильный лейкоцитоз, высокая СОЭ



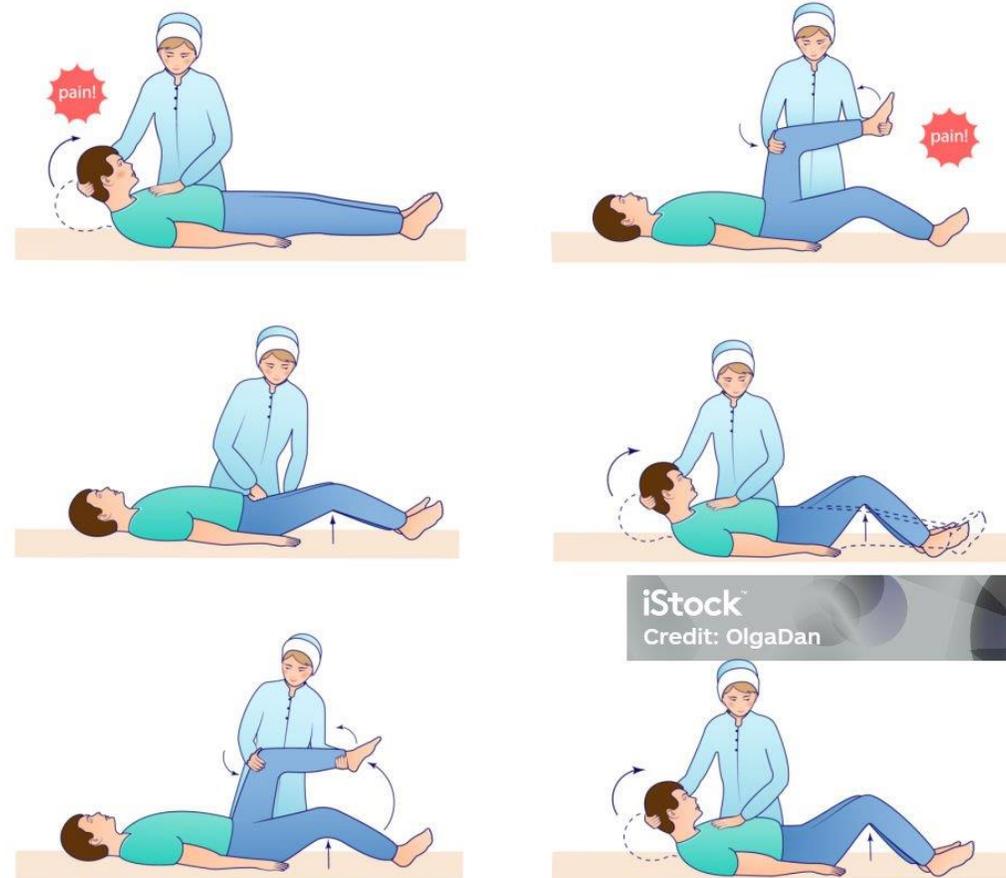
Менингит

Общемозговые симптомы

- Сильная головная боль
- Тошнота и рвота

Менингеальные симптомы

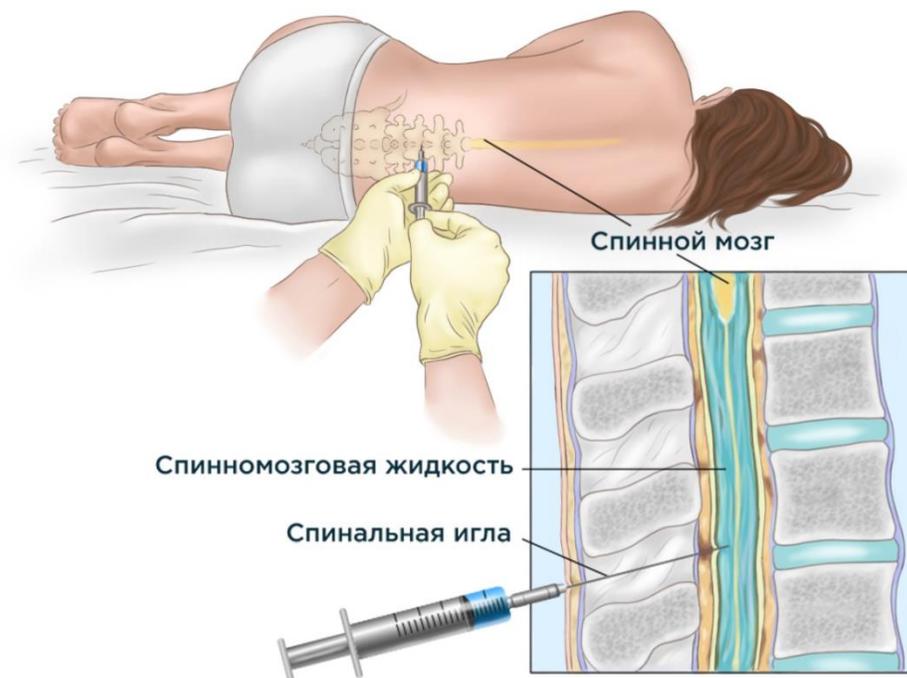
- Ригидность мышц шеи
- Симптом Кернига
- Симптомы Брудзинского
- Вынужденное положение пациента в постели



Люмбальная пункция

ДЛЯ МЕНИНГИТА ХАРАКТЕРНО:

1. Повышенное давление спинномозговой жидкости (300-600 мм H₂O)
2. Макроскопически: от слегка мутноватой до жёлто-зелёной
3. Повышенное количество клеток (цитоз)
4. Повышенное содержание белка 1,5-2,0 г/л
5. Хлориды: снижение
6. Глюкоза: норма или снижена

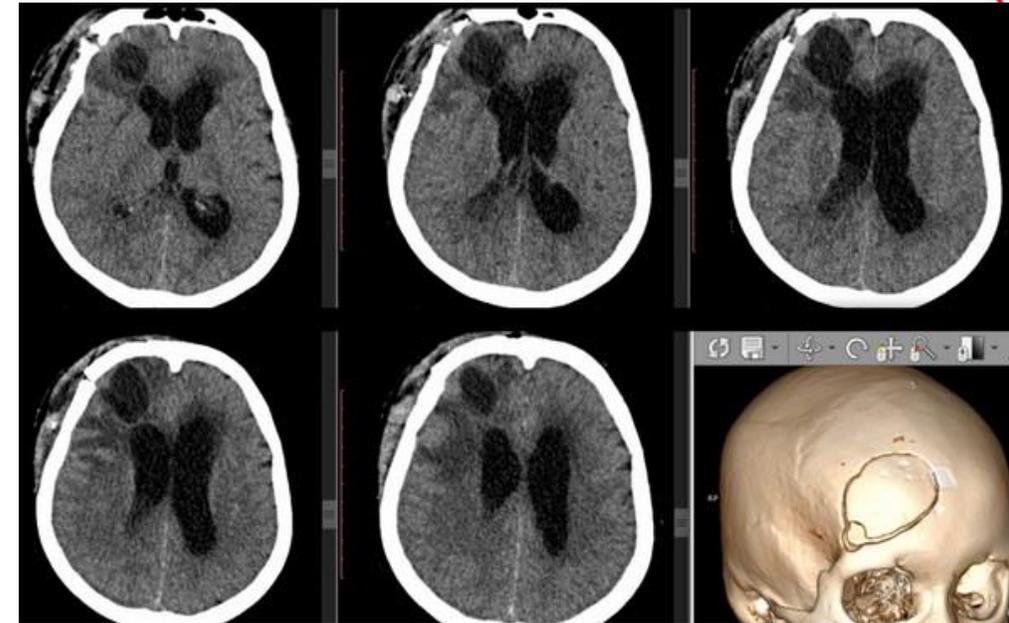


Абсцесс головного мозга

Инфекция распространяется через тромбированные вены твёрдой мозговой оболочки далее в вены белого вещества головного мозга.

- Локальный энцефалит
- Образование микроабсцессов в зоне энцефалита с тенденцией к слиянию в единую полость
- Увеличение в объеме абсцесса с его тенденцией к прорыву в боковые цистерны мозга.

NB! Процесс затрагивает только белое вещество, но не кору головного мозга!



Абсцесс головного мозга

- Начальная – соответствует локальному энцефалиту до инкапсуляции (1-2 недели) сопровождается легкой головной болью, температурой до $37,5^{\circ}\text{C}$, тошнотой, рвотой, плохим самочувствием
- Латентная (стадия «светлого промежутка»), создаёт иллюзию выздоровления. Бедна симптомами. Отмечается вялость больного, отсутствие аппетита, периодическая головная боль
- Явная (нарастание объёма абсцесса, его разрыв). Её проявления складываются из следующих групп симптомов:
 - Общие симптомы инфекционного заболевания
 - Общемозговые симптомы
 - Менингеальные симптомы
 - Очаговые симптомы (зависят от локализации)

СИМПТОМЫ

Общие симптомы инфекционного заболевания

1. вялость,
2. сонливость,
3. сниженный аппетит,
4. бледность кожных покровов,
5. лихорадка



СИМПТОМЫ

Общемозговые симптомы (симптомы повышение внутричерепного давления)

1. головная боль может быть приступообразной и постоянной, диффузной и локализованной, разного характера и интенсивности, может сочетаться с тошнотой и рвотой.
2. Наблюдается (особенно при абсцессах мозжечка) вынужденное положение головы с наклоном набок.
3. При офтальмоскопии застойные диски зрительного нерва наблюдаются в 20-25% случаев

СИМПТОМЫ

Очаговые симптомы (зависят от локализации)

Абсцесс височной доли - афазия (амнестическая и сенсорная), гемианопсия (чаще верхнеквадрантная) и эпилептиформный синдром

Абсцесс лобной доли: характерны психические нарушения, неадекватность поведения, эйфория, амнестическая афазия

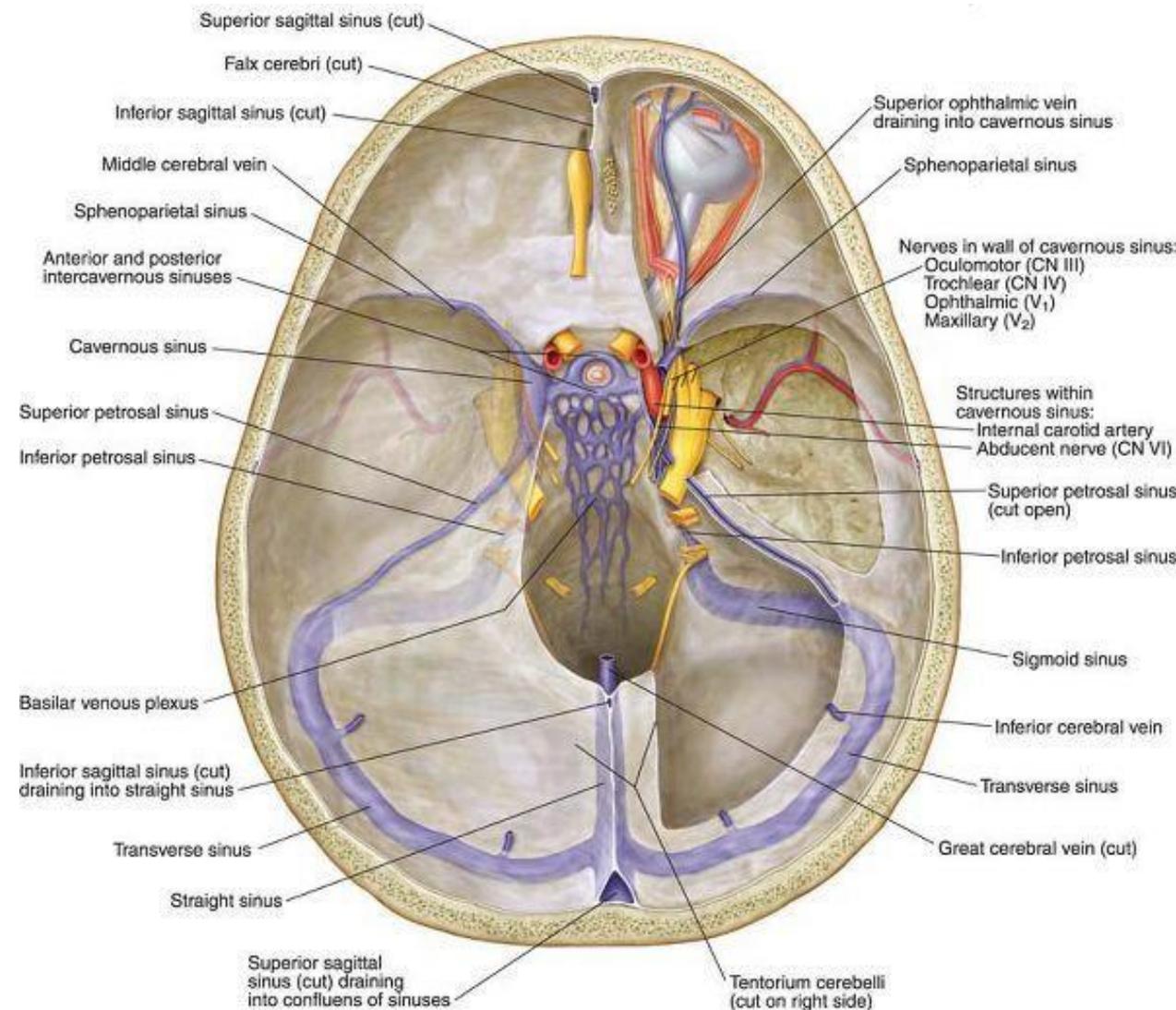
Абсцесс мозжечка: нарушения координации – мозжечковая атаксия: признаки расстройства походки («походка пьяного») - беспорядочные шатания с тенденцией к падению назад и в сторону очага поражения); нарушения произвольных движений (интенционное дрожание при указательных пробах, гиперметрия, адиадохокинез, скандированная речь и др.); спонтанный нистагм в поражённую сторону
дислокационные симптомы: нарушение глотания, дизартрия, появлением патологических рефлексов, гемиплегии, параличей черепных нервов

ТРОМБОЗ КАВЕРНОЗНОГО СИНУСА

Инфекция распространяется посредством восходящего тромбофлебита.

Если инфекция попадет во внутренний кавернозный синус (крупная вена на основании черепа позади глаз), то может наступить слепота на один или оба глаза. Также из-за попадания бактерий в пещеристый синус (располагается на основании черепа по бокам от турецкого седла) может развиваться менингит.

Особенно опасно данное состояние для людей больных диабетом и у пациентов с пониженным иммунитетом.



Тробо́з сигмовидного синуса

1. Общее состояние больного тяжёлое или средней тяжести
2. Сильнейшие головные боли в затылочно-теменной и лобной области
3. Болезненность при пальпации по заднему краю сосцевидного отростка
4. Болезненность яремной вены при пальпации
5. Гектическая лихорадка, потрясающие ознобы, профузный пот
6. Воспалительные изменения показателей крови. Редко отогенный сепсис может протекать с постоянно высокой температурой.
7. Резко выраженная интоксикация, полиорганная недостаточность

Носовые кровотечения

Причины носовых кровотечений

Кровотечения из носа (epistaxis) являются наиболее частыми видами кровотечений, встречающихся в практике любого врача. По данным литературы, в 85 % случаев носовое кровотечение служит симптомом какого-либо общесоматического заболевания и только в 15 % оно может быть вызвано заболеваниями полости носа и околоносовых пазух.

Причины носовых кровотечений делят на местные и общие. Наиболее часто кровотечения бывают из *передненижнего отдела перегородки носа* (зоны Киссельбаха). Кровотечения эти обычно *необильные и не угрожают жизни пациента*. Местом кровотечения могут быть и другие участки носовой перегородки, *верхние и задние отделы боковых стенок носа*. Как правило, они бывают *обильными и могут привести к тяжёлому состоянию*.

Причины носовых кровотечений

Местные причины.

1. травмы носа,
2. хирургические вмешательства,
3. отрыв корок при атрофическом рините,
4. доброкачественные опухоли (полип, ангиома, папиллома) и злокачественные опухоли (рак, саркома),
5. язвы сифилитической и туберкулёзной природы.

Причины носовых кровотечений

Общие причины:

1. заболевания крови и сосудистой системы,
2. гипертоническая болезнь,
3. нефросклероз,
4. пороки сердца,
5. эмфизема лёгких,
6. заболевания печени, селезёнки.
7. Тяжёлые кровотечения бывают при геморрагических диатезах – гемофилии, геморрагическом васкулите, а также при лейкозах, гемоцитобластозе, анемии.
8. Носовые кровотечения могут быть при авитаминозах, перегревании организма, чрезмерной физической нагрузке, при беременности.

Клиника

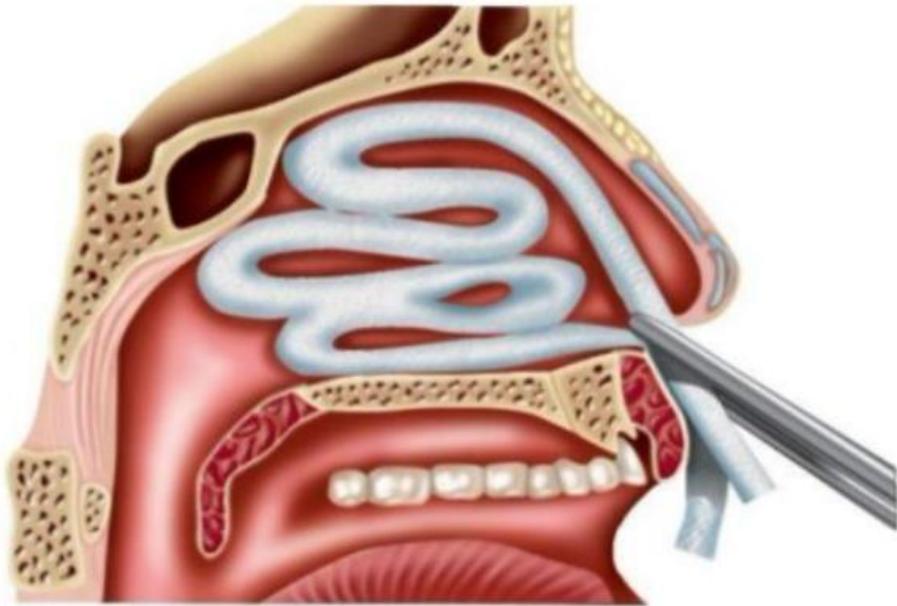
При носовом кровотечении она очевидна: выделение алой не пенящейся крови из преддверия полости носа или стекание крови по задней стенке глотки при запрокидывании головы, тогда как кровь из нижних отделов дыхательных путей в той или иной мере вспенена, не определяется ее стекания по задней стенке глотки. При передней риноскопии иногда удается идентифицировать место кровотечения, обычно в передней трети перегородки носа, если же источник кровотечения находится в глубоких отделах полости носа, то определить его не удастся. , Носовые кровотечения могут возникать неожиданно, у некоторых больных отмечаются продромальные явления — головная боль, шум в ушах, зуд, щекотание в носу.

Классификация

Различают кровотечение:

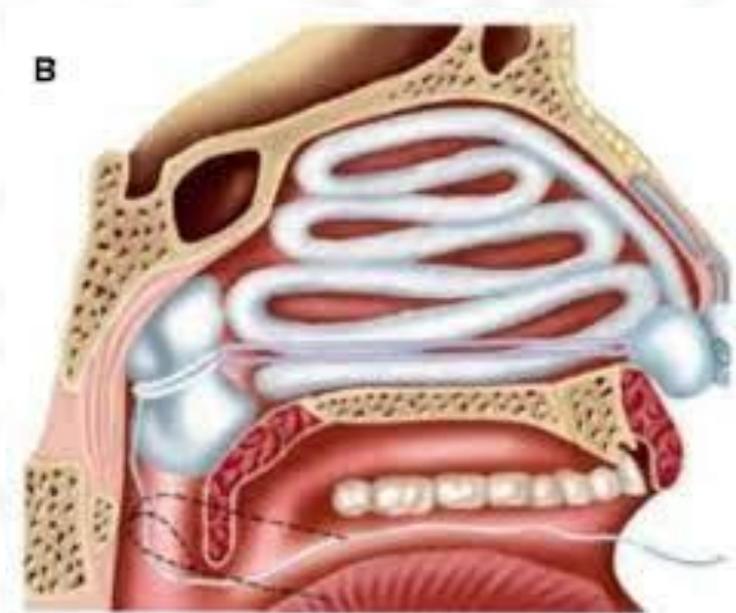
1. Малое кровотечение - как правило, бывает из зоны Киссельбаха, потеря крови составляет несколько миллилитров. Кровь выделяется редкими каплями и может остановиться самостоятельно.
2. Умеренное кровотечение - потеря крови составляет от нескольких десятков миллилитров до 200 миллилитров.
3. Сильное кровотечение объём потерянной крови - от 200 миллилитров до 1 литра в сутки. Такое кровотечение представляет непосредственную угрозу жизни пациента. Большая потеря крови вызывает падение артериального давления, учащение пульса, общую слабость, холодный пот, бледность кожных покровов.

Носовые кровотечения



Передняя тампонада (по Микуличу). Соответствующая ноздря расширяется носовым зеркалом. В полость носа, с помощью корнцанга, вводится приготовленный из марлевого бинта тампон шириной 1-2 см и длиной до 70 см пропитанный вазелиновым маслом, на глубину до 6-7 см. Необходимо, как и при всех видах передней тампонады, следить, чтобы инструмент, вводящий тампон, был направлен к хоанам по дну носа, а не к его своду. Голова пациента не должна запрокидываться назад. Постепенно весь тампон укладывается в полость носа в виде "гармошки" снизу вверх, до тех пор, пока он плотно не заполнит соответствующую половину носа. Излишек тампона срезают, а оставшийся конец наматывается на ватку ("якорь").

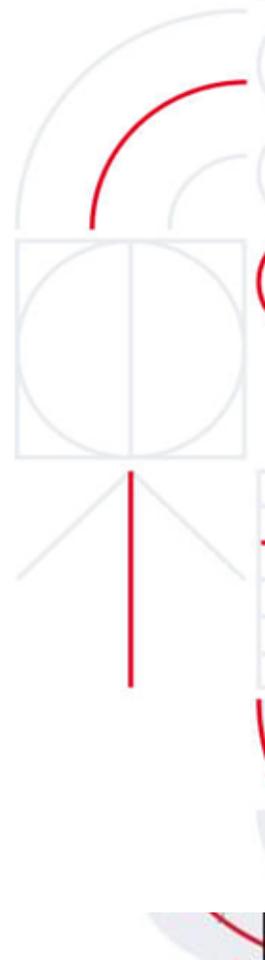
Носовые кровотечения



Задняя тампонада применяется при неэффективности передней тампонады. После местной анестезии в ротоглотку вводится резиновый катетер, конец которого с помощью корнцанга выводится через рот наружу. К выведенному концу катетера привязываются обе нити с привязанным ватно-марлевым тампоном. Держа нити в натянутом состоянии, производят переднюю тампонаду носа. Третью нить тампона без натяжения укладывают между щекой и десной нижней челюсти и фиксируют ее конец полоской лейкопластыря. За эту нить производят удаление тампона из носоглотки. Во избежание инфицирования, тампоны в полости носа держат в течение 2 суток.

В случае упорного кровотечения, исходящего из бассейна наружной сонной артерии показана перевязка наружной сонной артерии.

Травмы носа



Травмы носа

Травмы носа часто сопровождаются повреждениями различных костей и хрящей спинки носа — вывихами, трещинами, переломами без смещения и со смещением.

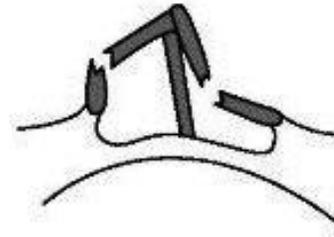
В большинстве случаев при переломах повреждаются носовые кости и перегородка носа. При сильных травмах происходит перелом лобных отростков верхних челюстей и стенок околоносовых пазух.



норма



односторонний перелом бокового отдела носа со смещением отломка



двусторонний перелом бокового отдела носа со смещением отломка



множественный перелом перегородки носа с деформацией спинки



искривление перегородки носа



перелом перегородки носа

Травмы носа

- Кровотечение может быть наружным и из полости носа. Обычно оно прекращается самостоятельно вскоре после травмы, однако при повреждении этмоидальных артерий носовая геморрагия бывает обильной и проходит лишь после тампонады носа.
- Конъюнктивальные и подкожные кровоподтеки нужно отличать от кровоизлияний в окологлазничную клетчатку обеих орбит (симптом очков), что бывает при переломах основания черепа и повреждении кавернозного синуса черепа.
- Наличие подкожной воздушной крепитации свидетельствует о переломе решетчатой кости с разрывом слизистой оболочки. Воздух при сморкании проникает из носа через травмированную ткань под кожу лица. Нередко хрящевая часть перегородки носа в силу своей эластичности остается целой, в то время как костная повреждается.

Травмы околоносовых пазух

Наиболее часто повреждаются лобные пазухи, затем верхнечелюстные, решетчатый лабиринт и, очень редко, клиновидная пазуха.

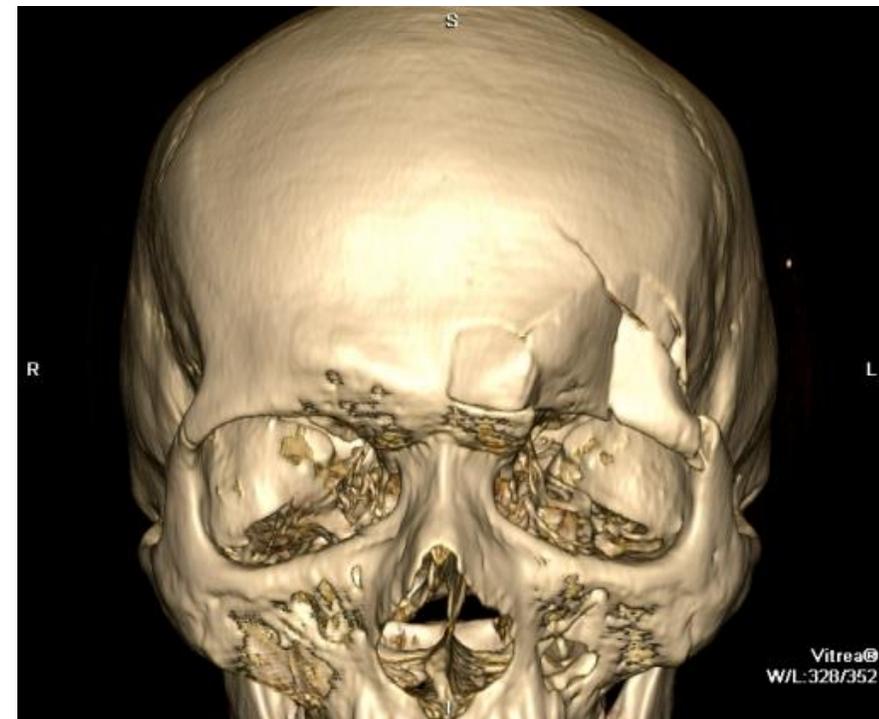
Обычно травма той или иной пазухи сочетается с повреждением других отделов лицевого скелета, полости черепа, глаз.

- Ранение лобной пазухи часто сопровождается повреждением передней доли мозга, решетчатого лабиринта, ситовидной пластинки, верхнего и внутреннего отделов глазницы.
- Поражение верхнечелюстной пазухи часто происходит одновременно с переломом нижнеглазничной стенки, скуловой кости, зубов, решетчатой кости.
- Травма клиновидной пазухи происходит обычно при обширном повреждении носа, лицевого скелета, основания черепа.

Повреждение церебральных стенок пазух является причиной грозных внутричерепных осложнений.

Травмы околоносовых пазух

- Местной особенностью повреждений пазух является скопление крови в пазухе, а затем нагноение ее. При открытых травмах инфекция попадает в пазуху снаружи, а при закрытых — из полости носа, часто обуславливает переход раневого процесса в гнойный синусит.
- Иногда единственным местным признаком перелома может быть подкожная эмфизема орбиты, век, щеки, лба.
- В ряде случаев травмы околоносовых пазух сопровождаются ликвореей из раны или носа. Ликвор чаще выделяется из субарахноидального пространства и, реже, из желудочков.



Задание



Домашнее задание

- Изучить литературу по данной теме
- Повторить конспект лекции
- гнойный средний отит. Мастоидит слева.
- Серная пробка
- Болезнь Меньера





Список литературы

Основная литература:

- 1. Пропедевтика внутренних болезней. Гребенев А. Л., 6-е изд. М., 2015.
- 2. Пропедевтика внутренних болезней. Мухин Н.А., Моисеев В.С., изд. дом ГЕОТАР-МЕД. М., 2017.
- 3. Пропедевтика внутренних болезней. Учебное пособие. Под ред. Шамова И. А., М., 2017.

Дополнительная литература:

1. Пропедевтика внутренних болезней вопросы, ситуационные задачи, ответы. Учебное пособие. Ростов-на-Дону. «Феникс». 2023.
2. Пропедевтика внутренних болезней. Практикум. Ивашкин В. С., Султанов В. В., изд. «Литтерра», М., 2022.
3. Пропедевтика заболеваний внутренних болезней. Ивашкин В.Т., Драпкина О.М., ООО «Изд. дом» «М-вести». М. 2021.



Спасибо за внимание.